

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO  
FIGUEIRA - IMIP  
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CUIDADOS PALIATIVOS  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS  
PALIATIVOS ASSOCIADO A RESIDÊNCIA EM SAÚDE

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO  
INSTITUCIONAL DE EXTUBAÇÃO PALIATIVA DO  
IMIP**

LÍVIA DE KÁSSIA LEAL INTERAMINENSE OLSEN

RECIFE – PE  
ABRIL/2019

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO  
FIGUEIRA - IMIP  
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CUIDADOS PALIATIVOS  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS  
PALIATIVOS ASSOCIADO A RESIDÊNCIA EM SAÚDE

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO  
INSTITUCIONAL DE EXTUBAÇÃO PALIATIVA DO  
IMIP**

Dissertação apresentada em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

**Mestrando:** Lívia de Kássia Leal Interaminense Olsen

**Orientador:** Flávia Augusta de Orange Lins da Fonseca e Silva

**Co-orientadores:** Mirella Rebello Bezerra

**Linha de Pesquisa:** Gestão e Avaliação dos Modelos de Assistência em Cuidados Paliativos

**Área de concentração:** Gestão, Inovação e Avaliação em Cuidados Paliativos

RECIFE – PE  
ABRIL/2019

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP  
Ficha Catalográfica BAB-028/2019  
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

---

O52e Olsen, Livia de Kássia Leal Interaminense

Elaboração e validação de protocolo institucional de extubação paliativa do IMIP / Livia de Kássia Leal Interaminense Olsen. Orientadora: Flávia Augusta de Orange Lins da Fonseca e Silva. Coorientadora: Mirella Bezerra Rebello – Recife: Do Autor, 2019.

153 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2019.

1. Extubação. 2. Ética médica. 3. Cuidados paliativos. I. Fonseca e Silva, Flávia Augusta de Orange Lins da: orientadora. II. Rebello, Mirella Bezerra: coorientadora. III. Título.

CDD 616.029

---

# **ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE EXTUBAÇÃO PALIATIVA DO IMIP**

Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, submetida à defesa pública e aprovada pela Banca Examinadora em 08 de maio de 2019.

---

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup> Flávia Augusta de Orange Lins da Fonseca e Silva

---

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mirella Bezerra Rebello

## **Banca Examinadora:**

---

Dra. Alessandra Mota

---

Prof. Dra. Heloísa Lacerda

---

Prof. Dra. Jurema Telles

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pacientes e tantos outros que agonizam pela morte, por conta do sofrimento vivido nos leitos de terapia intensiva. E não confunda esse desejo com suicídio ou desistência da vida. É um pedido de socorro na esperança de uma morte digna. Quando a recuperação da saúde não é mais possível e quando a morte é a única expectativa, podemos fazer mais por esses enfermos, pessoas com alma e inúmeras variações culturais, que muitas vezes só querem um ambiente silencioso e estar perto dos seus para descansar em paz.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e da saúde para chegar até aqui. Aos meus pais Conceição e José Henrique, que sempre apoiaram meus estudos e meu aprimoramento na área que escolhi como especialidade. Ao meu marido André, pelos dias ausentes, e pelas palavras de coragem e determinação a seguir em frente. À minha filha Ana Sophia, maior fonte de inspiração e felicidade, que desde pequena já teve que se acostumar com os estudos da mãe. À minha irmã Leylliane, maior exemplo de determinação científica e materna, a verdadeira doutora da família, capaz de tornar grandes tempestades em serenos acolhedores. Ao meu irmão Leonardo, sempre presente com um abraço fortalecedor. À minha sogra Florence e ao meu sogro Tarcísio, que nunca se negaram a ficar como minha filha nos finais de semana de trabalho ou dedicados aos estudos. A tantos que me deram uma palavra de força ou perseverança para concluir mais essa etapa educacional e profissional, por mais difícil e árdua que fosse. À Lucicleide, meu braço direito e babá da minha filha, por estender por horas extras à noite para permitir mais tempo dedicados aos livros, artigos e pesquisas na internet. Um agradecimento especial à minha orientadora Dra. Flávia Orange, que faz jus ao cargo que exerce, sempre disponível, atenta e com orientações essenciais, sem as quais eu não teria chegado até aqui. E às minhas preceptoras eternas, Dra. Zilda Cavalcanti e Dra. Mirella Rebello, exemplos e apoiadoras de tudo que faço profissionalmente.

## RESUMO

**Referencial teórico:** Para garantir uma prestação de cuidados de fim de vida de forma ampla e integral, não basta apenas limitar a instituição de medidas salvadoras, pode-se também suspender os suportes avançados já instituídos, quando a recuperação da saúde não for mais possível, pois a manutenção dessa denota o prolongamento do processo de morte. A grande dificuldade para proceder a suspensão desses suportes artificiais, principalmente o de ventilação mecânica, é a falsa concepção de estar se praticando a eutanásia, ou seja, a provocação da morte de um doente que está em sofrimento. A extubação paliativa, que é a interrupção da ventilação mecânica (VM) e a retirada do tubo orotraqueal (TOT), com a probabilidade de óbito, logo após a sua realização, é a que mais causa receio entre os profissionais da unidade de terapia intensiva (UTI).

**Objetivo:** Elaborar e validar um protocolo de Extubação Paliativa do IMIP, capaz de fornecer subsídio técnico-prático para a condução desse procedimento, nas UTIs do IMIP, de forma segura e uniformizada, respaldado na literatura nacional e internacional sobre o assunto e respeitando a regulamentação do Conselho Federal de Medicina (CFM) e as orientações do Código de Ética Médica (CEM).

**Metodologia:** Estudo metodológico realizado pela equipe de cuidados paliativos do IMIP, para a elaboração e a validação do protocolo assistencial para retirada da ventilação mecânica, nas unidades que oferecem suporte avançado a vida (SAV), em pacientes com doença em fase terminal e sem perspectiva de reversão com o uso do suporte artificial. O desenvolvimento do referido estudo se deu em três etapas: a elaboração do conteúdo, baseado nas evidências científicas disponíveis, a discussão das principais condutas frente a um grupo de consenso e a validação do conteúdo do protocolo, por meio da análise de juízes especialistas.

**Resultados:** Foram selecionados 43 artigos para a elaboração do protocolo inicial, estruturado em múltiplos tópicos, desde a definição de termos e conceitos, até a retirada da VM e TOT, além da orientação do fluxo do paciente em caso de sobrevivência. A validação do conteúdo contou com três juízes especialistas, e foi realizada em dois momentos, com aprovação final próxima a 100%. Além do protocolo, em duas versões, a completa (extensa e com todo detalhamento conceitual, ético e prático) e a simplificada (para consulta dos profissionais à beira do leito), escrevemos um artigo para publicação em revista nacional de referência na área de Terapia Intensiva.

**Conclusão:** Nosso protocolo final inclui instruções detalhadas para a extubação paliativa e retirada de demais medidas de SAV que devem ser realizadas para a execução segura e legal desse tratamento paliativo. Os resultados deste estudo têm várias implicações para a prática e disseminação da extubação paliativa em situações de final de vida. Usando nosso protocolo, muitas instituições poderão realizar a extubação terminal de forma segura, respeitando os preceitos éticos e legais necessários.

Palavras-chave: *Mechanical Ventilator Withdrawal*, protocolos institucionais, ética médica, bioética, cuidados paliativos, cuidados de fim de vida.



## **ABSTRACT**

**Theoretical reference:** To delivery a complete and integral end-of-life care if a healthy recovery is not possible and your maintenance denotes prolongation of death process, withholding life sustaining procedures is not enough, is necessary withdrawal those already appointed as well. The endeavour to proceed the withdrawal of artificial life sustaining machines, mainly the mechanical ventilator, is the misleading conception of practicing euthanasia, it means, to cause the death of the sick who are suffering. Is about a terminal extubation, that means the interruption of mechanical ventilation and withdrawal of endotracheal tube, with probability of death as soon as the procedure finished.

**Objective:** Elaboration and validation of a palliative extubation protocol of Integral Medicine Institute Prof. Fernando Figueira - IMIP, which should be able to provide technical-practical knowledge to safely conduct the procedure in the intensive care units (ICUs) of the hospital. This protocol it is supported in the national and international literature about the topic, respecting CFM regulations and CEM guidelines.

**Methodology:** A methodological study was conducted by the IMIP' palliative care team in order to elaborate and validate an institutional protocol to mechanical ventilator withdrawal in terminal patients without perspective of health recovery, in those units that offer life-sustaining support. The study was conducted in three phases: the protocol textual elaboration based on scientific evidences available, discussion of the main procedures against a consensus group and the content validity of the protocol through the analysis by the expert judges.

**Results:** 43 articles were first selected for the initial protocol elaboration. The protocol was structured in multiple topics, since terms and concepts definitions until the

withdrawal mechanical ventilator and put of the orotraqueal tube, as well a flowchart to guide the physicians in cases of survival after the procedure. Participated in the content three expert judges, in two different moments, with final approval near to 100%. Besides the protocol, in two versions, a complete model (which detailed the ethics, conceptions and practice of the palliative extubation) and a simplified one (easy access and reading to guide the staff bedside the patient), we wrote a scientific article to publish in a relevant Brazilian scientific magazine of intensive medicine.

**Conclusion:** Our final protocol includes detailed instructions on palliative extubation and another actions that have to be done for a legal and secure execution of this palliative treatment. The results of this study have many detailed instructions to a terminal extubation in the end-of-life care. Using our protocol, many institutions may perform a terminal extubation reliably, respecting all ethical principles for a human being care.

**Keywords:** Mechanical Ventilator Withdrawal, institutional protocol, medical ethics, bioethics, palliative care, end-of-life care.

## LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SINAIS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
APACHE IV	<i>Acute Physiology and Chronic Disease Evaluation IV</i>
BPS	<i>Behavioural Pain Scale</i>
CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DVA	Drogas vasoativas
EAD	Escala Analógica de Dor
EV	Endovenoso
FiO <sub>2</sub>	Fração inspirada de Oxigênio
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IC	Insuficiência Cardíaca
IOT	Intubação Orotraqueal
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
KPS	<i>Karnofsky Performance Scale</i>
LET	Limite de Esforço Terapêutico
Mg	Miligramas
O <sub>2</sub>	Oxigênio
PEEP	<i>Positive End Expiratory Pressure</i>
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
RASS	<i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i>

RCP	Reanimação Cardiopulmonar
SAPS II	<i>Simplified Acute Physiology II</i>
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SL	Sublingual
TOT	Tubo Orotraqueal
TER	Terapia de Respiração Espontânea
TSR	Terapia de Substituição Renal
VM	Ventilador Mecânico
VMA	Ventilação Mecânica Assistida
VNI	Ventilação Não Invasiva
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Fluxograma demonstrativo da realização do estudo por objetivos e etapas. Recife, PE, Brasil, 2018.....	11
<b>Figura 2:</b> Apresentação dos artigos encontrados, excluídos, selecionados e utilizados, via revisão integrativa dos portais Pubmed e BVS.....	14

## SUMÁRIO

<b>I. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>1</b>
<b>II. OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
2.1 Objetivo Geral.....	9
2.2 Objetivos Específicos.....	9
<b>III. MÉTODOS.....</b>	<b>10</b>
3.1 Tipo de Estudo.....	10
3.2 Local do Estudo.....	11
3.3 Período do Estudo.....	12
3.4 Etapas do Estudo.....	12
3.4.1 Primeira Etapa do Estudo: elaboração do conteúdo, levando em consideração as evidências científicas disponíveis.....	12
3.4.1.1. Revisão da Literatura.....	12
3.4.1.2. Elaboração do Protocolo Textual.....	15
3.4.2 Segunda Etapa do Estudo: discussão das principais condutas, frente a um grupo de consenso.....	16
3.4.3 Terceira Etapa do Estudo: validação do conteúdo do protocolo, por meio da análise de juízes especialistas.....	17
3.5 Análise de Dados.....	18
3.6 Seleção dos Juízes-especialistas.....	19
3.7 Aspectos Éticos.....	21
3.8 Conflito de Interesse.....	21
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
4.1 Artigo.....	43
4.2 Produtos Técnicos Gerados.....	43
4.2.1. Protocolo de Extubação Paliativa Versão Completa.....	45
4.2.2 Protocolo de Extubação Paliativa Versão Simplificada.....	49
<b>V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>49</b>

<b>VI. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE I – Carta de Anuência.....</b>	
<b>APÊNDICE II – TCLE.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE III – Carta de Apresentação aos Juízes- Especialistas.....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE IV – Protocolo Institucional de Extubação Paliativa do IMIP – Versão Completa .....</b>	
<b>APÊNDICE V – Protocolo de Extubação Paliativa – Versão Simplificada.....</b>	<b>121</b>
<b>APÊNDICE VI – Critérios a Serem Julgados pelos Juízes- Especialistas: “Protocolo de Extubação Paliativa do IMIP” – Versão Completa.....</b>	<b>124</b> <b>127</b>
<b>APÊNDICE VII – Critérios a Serem Julgados pelos Juízes Especialistas: “Protocolo de Extubação Paliativa do IMIP” – Versão Simplificada.....</b>	<b>131</b>
<b>ANEXO I – Parecer Consubstanciado do CEP.....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXO II - Recomendações da Revista Brasileira de Terapia Intensiva para Submissão na Categoria “Artigo Original”.....</b>	
<b>ANEXO III – Submissão do Artigo na Revista Brasileira de Terapia Intensiva.....</b>	

## **I. REFERENCIAL TEÓRICO**

O cuidado intensivo tem sua origem no início do século passado com os registros da enfermeira Florence Nightingale sobre as vantagens de estabelecer uma área separada do hospital para cuidados de pacientes pós-cirúrgicos. Com a descoberta dos antibióticos e depois com a epidemia da Poliomielite, ao final da década de 1940, suscitou-se a ampliação de espaços específicos para o tratamento de enfermos gravemente doentes, devido à falência cardíaca ou paralisia respiratória aguda. O desenvolvimento da ventilação mecânica nos anos de 1950 permitiu a organização das primeiras unidades de cuidados respiratórios intensivos, em vários hospitais europeus e americanos, fortalecendo a necessidade de criar espaços determinados para monitorização e fornecimento de cuidados intensivos aos pacientes críticos<sup>1</sup>. Desde então, a medicina intensiva e as unidades de terapia intensiva (UTIs) vêm em crescimento exponencial, permitindo a recuperação de enfermidades agudas graves, monitorização de eventos potencialmente complicáveis e suporte artificial à vida em momentos de falências orgânicas.

Na atualidade, a medicina intensiva está cada vez mais tecnológica e equipada com monitores e aparelhos de última geração que permitem a monitorização contínua e pronto correção de inúmeras deturpações clínico-orgânicas, revertendo assim grande parte das situações de gravidade, salvando vidas e restaurando a saúde de seus doentes. Porém, independentemente do acesso a essas tecnologias e do excelente preparo da equipe profissional que atende na unidade, a taxa de mortalidade ainda continua elevada nas mesmas, com cerca de 15 a 25% de óbitos entre os pacientes admitidos nas UTIs<sup>2</sup>. E quando



analisamos o local de óbito da população em geral, de 10 a 20% desses ocorrem nas UTIs<sup>2</sup>, o que confirma o quanto a morte é uma realidade dentro dessas unidades.

Além da alta mortalidade dentro das UTIs, as mesmas estão repletas de doentes cronicamente enfermos que são admitidos por complicações da própria doença ou do tratamento direcionado a ela. Um exemplo disso é a alta prevalência de idosos<sup>3</sup>, pacientes com insuficiências crônicas agudizadas<sup>4</sup> (insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, hepatopatias), portadores de doenças oncológicas<sup>5,6</sup>, e crianças portadoras de doenças congênitas ou adquiridas na infância graves e sem tratamento de controle efetivo (fibrose cística, osteogênese imperfeita grave, anóxia grave)<sup>7,8</sup>. Com isso, a reversibilidade da condição aguda muitas vezes torna-se mais difícil, pois esse perfil de enfermo é mais frágil e está mais vulnerável às complicações comuns no ambiente de terapia intensiva, como choque refratário e falência de múltiplos órgãos, o que contribui para aumento da permanência e mortalidade dentro das UTIs<sup>9</sup>.

Diante desses cenários, percebe-se que as UTIs, apesar de serem unidades preparadas para restauração da saúde e salvar vidas, lidam todos os dias com a ameaça da morte, muitas vezes em uma batalha desumana e obstinada que gera inúmeras consequências, quer seja para o paciente, quer seja para os familiares, e até mesmo para a própria unidade de saúde. E nesta luta contra a morte, muitos pacientes acabam por permanecer ou falecer acoplados à máquinas, sedados, em um ambiente frio e desconhecido, configurando uma morte não digna, associada a muito sofrimento desnecessário.

Em busca do resgate da dignidade da vida até o último dia da existência humana, o cuidado paliativo foi pensado como uma forma de cuidar do doente, valorizando a sua dor e o seu sofrimento, na busca constante pela melhoria da qualidade de vida daqueles que estão

sob o risco de morrer. O Movimento *Hospice* Moderno, assim também chamado os cuidados paliativos, teve como fundadora, a assistente social, enfermeira e médica Cicely Saunders, que na década de 1960, iniciou um processo de estruturação e pesquisa na área, afim de proporcionar o acolhimento integral do paciente “desenganado” por sua doença em estágio terminal, cuidando e medicando os sinais e sintomas de desconforto do processo de adoecimento-morte<sup>10</sup>.

Na sua definição mais atual pela Organização Mundial de Saúde<sup>11</sup>, o “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e de seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Tudo isso requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”. É pontuado também a não intenção de antecipar ou postergar a morte, devendo ser aplicado desde o diagnóstico da doença, em conjunto com as demais terapias que visam prolongar a vida, incluindo até mesmo investigações necessárias para descobrir causas de desconforto ou comprometimento da qualidade de vida.

E assim, como várias especialidades médicas que lidam com a finitude da vida, a terapia intensiva necessita da incorporação dos cuidados paliativos nas práticas diárias das suas unidades, com o treinamento do seu corpo clínico, desde os médicos intensivistas até os técnicos de enfermagem, para uma maior conformidade na condução do tratamento centrado no doente<sup>12</sup>. Com a educação continuada da equipe e a criação de um vínculo de confiança com o paciente e/ou seus familiares, a transição entre a terapia restaurativa/curativa para a terapia de conforto se dá de forma gradual, com a intensificação da última acontecendo naturalmente, de acordo com o agravamento do quadro e a falta de respostas aos tratamentos

intensivos instituídos<sup>2,13</sup>. Deve-se desconstruir o errado conceito do "tudo ou nada", "ou um ou outro", o conhecido modelo dicotômico, no qual entende-se que os cuidados paliativos só devem ser instituídos quando não há mais nada a fazer e a morte é certa.

Como forma de orientar a intensidade dos cuidados intensivos em paciente criticamente enfermo sob risco de morte, as comunidades científicas sugerem classificar os doentes de acordo com as chances de restabelecimento da saúde/cura do agravo agudo<sup>14-16</sup>:

- 1) Sem limitação de cuidado intensivo, controle dos sintomas desconfortáveis – alta probabilidade de reversão/recuperação da saúde;
- 2) Não reanimação cardiopulmonar (RCP) – a possibilidade de reversão é questionada e a RCP provavelmente deixará mais sequelas que benefícios;
- 3) Não tratamento de novas falências orgânicas (como o uso da intubação orotraqueal (IOT), terapia de substituição renal (TSR), droga vasoativa (DVA), expansão volêmica, transferência a UTI + Não-RCP), deve-se priorizar a qualidade de vida – medidas salvadoras não garantem a reversão do quadro e possivelmente aumentam o risco de complicações;
- 4) Cuidados de fim de vida/retirada de medidas de suporte mantenedor de vida – a morte é o desfecho esperado e a manutenção dos aparelhos e DVA prolongam o processo de morte.

Na prática clínica, é comum a admissão na UTI de pacientes já com *status* funcional e clínico comprometidos, com baixa perspectiva de recuperação da saúde, mas tratados de forma agressiva para evitar a morte<sup>3</sup>. Porém, a determinação de quais pacientes crônicos realmente se beneficiam dos cuidados intensivos não é uma tarefa simples, principalmente

nas doenças oncológicas<sup>5,6</sup> e insuficiências orgânicas crônicas<sup>6,17</sup>. Por vezes, essa morte consegue ser postergada, mas às custas de um maior comprometimento da qualidade de vida do paciente e dos seus familiares, além de uma maior oneração do sistema público e complementar de saúde. O foco do tratamento é centrado na gravidade da doença e na prevenção/tratamento de complicações, principalmente do óbito, ou seja, o princípio da sacralidade da vida acima do princípio da qualidade de vida, muitas vezes estão em uma briga injusta contra a morte, que já é certa, podendo gerar traumas físicos e psicológicos aos pacientes, assim como aos seus familiares<sup>18</sup>.

Para garantir uma prestação de cuidados de fim de vida de forma ampla e integral, não basta apenas limitar a instituição de novas medidas salvadoras, deve-se também suspender os suportes avançados já instituídos durante o processo de agravamento do quadro, pois a sua manutenção denota prolongamento do processo de morte. A grande dificuldade para proceder a suspensão desses suportes artificiais, principalmente a ventilação mecânica, é a falsa ideia de estar praticando a eutanásia, ou seja, provocando a morte do doente que está em sofrimento<sup>19</sup>. Porém, a retirada de suporte dentro da proposta de cuidados paliativos é a permissão da morte natural, já que os dispositivos impedem a sua ocorrência<sup>20,21</sup>. Ou seja, a morte é o desfecho esperado para aquele paciente com doença em estágio terminal, mas ela não acontece devido à manutenção de aparelhos e drogas vasopressoras. E sobre a extubação paliativa, que é a interrupção da VM e retirada do TOT, com probabilidade de óbito logo após a sua realização<sup>22</sup>, é a que mais causa receio entre os profissionais de UTI, além dos possíveis desconfortos que podem surgir sem o uso do ventilador mecânico<sup>23</sup>.

O debate ético sobre o limite do esforço terapêutico (LET) *versus* a retirada de suporte avançado iniciou-se na década de 1980 nos países nórdicos, e vem ganhando destaque em

nosso território nos dias atuais. Como Código Penal brasileiro de 1941, não há tipificação de crime para esse tipo de conduta, ficando a cargo dos conselhos profissionais regulamentarem tal ação. Para regularizar a instituição dos cuidados paliativos integrais em pacientes em fim de vida submetidos a suportes artificiais, a Resolução de 2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM)<sup>24</sup> promulgou em seu **Art. 1º**: É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prologuem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

*§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.* E afim de reforçar a resolução, apesar de menos enfático quanto a suspensão de medidas, o Código de Ética Médica (CEM) de 2019<sup>25</sup> orienta: Cap. V, Art. 41, Parágrafo único – *Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.* Apesar da não citação da suspensão, vale salientar que há a orientação moral para a instituição de todos os cuidados paliativos disponíveis, e dentre as suas modalidades terapêuticas está a extubação paliativa e a suspensão de medidas de SAV.

Para a realização da extubação paliativa e retirada das demais medidas de suporte avançado à vida, a etapa mais complexa engloba a indicação terapêutica e o processo de tomada de decisão. A indicação clínica está diretamente relacionada ao prognóstico daquele paciente, o qual deve ser portador de uma doença em estágio terminal, irreversível e que a manutenção dos aparelhos e drogas só postergam a ocorrência da morte. Em pacientes portadores de enfermidades crônicas, já com comprometimento funcional, devido as mesmas

e nas quais as intercorrências agudas não foram revertidas com os cuidados intensivos, a retirada de suporte permitirá a evolução para a morte já postergada ou culminará na melhora da qualidade de vida em caso de sobrevivência após a suspensão dos cuidados intensivos<sup>26</sup>. A grande dificuldade em se indicar a extubação paliativa está nos casos de agravos agudos, nos quais a definição prognóstica pode ser incerta, com relatos de reversão após meses, e até mesmo anos, após estados comatosos profundos<sup>27</sup>.

Por essa dificuldade, a decisão deve ser compartilhada e para a indicação clínica, outros aspectos devem ser ressaltados. Estudos que avaliaram quais fatores mais influenciam nessa decisão<sup>28,29</sup> mostram que, apesar da não concordância entre os resultados, os pacientes neurológicos, gravemente enfermos (APACHE ou SAPS mais elevados) e com maior idade, foram as características mais prevalentes naqueles extubados paliativamente. Em outro<sup>30</sup>, a percepção do clínico de que o paciente preferiria o não uso de medidas de suporte, além da predição do médico de não alta do hospital ou sobrevivência, foram os fatores que influenciaram a extubação terminal. Apesar da importância da autonomia e respeito às diretrizes antecipadas de vontade, os estudos pontuam que apenas um pequeno percentual de pacientes são aptos a participarem do processo de tomada de decisão<sup>30</sup>, devido à gravidade de suas doenças e pelo uso de diretrizes antecipadas ou nomeação de procuradores ser infrequente<sup>31</sup>, o que impõe aos familiares a participarem do processo de tomada de decisão. Geralmente, a indicação da retirada de suporte parte da equipe que assiste o paciente e é apresentado a ele ou aos seus familiares como uma opção terapêutica, em prol da qualidade de vida e de morte. Portanto, deverá haver concordância entre as partes para iniciar o processo de retirada da ventilação mecânica (VM) e demais medidas invasivas. Quando não há concordância entre as partes, a equipe de cuidados paliativos geralmente é acionada para

ajustes finos de comunicação e coordenação dos cuidados. Em último caso, quando a equipe de saúde e os familiares não entram em acordo de forma alguma, o caso deve ser levado ao Comitê de Ética ou Bioética da instituição, para analisar todo o caso e fornecer a melhor condução possível.

Quando há uma comunicação efetiva e uma atualização frequente do quadro de saúde do enfermo, desde a sua admissão na unidade, há uma maior possibilidade de melhor compreensão da gravidade/terminalidade, assim como uma provável melhor aceitação, por parte dos familiares e até mesmo do paciente, da necessidade de mudanças nas propostas de cuidados, de restaurativo para paliativo exclusivo<sup>18,32</sup>. Nesse processo dinâmico, e geralmente rápido, de evolução clínica no ambiente de UTI, o paciente, se desperto, e os seus familiares ou representante, devem estar cientes dos acontecimentos, das perspectivas dos tratamentos instituídos e do prognóstico, desde a admissão na unidade.

Com o objetivo de aprimorar e expandir o leque de opções terapêuticas de cuidados paliativos dentro da unidade de terapia intensiva e nas unidades de emergência adulto e pediátrica que atendem pacientes graves e em suporte avançado à vida, elaboramos um protocolo que orienta a extubação paliativa e a retirada de demais medidas de suporte em pacientes expectados a falecer com ou sem o uso de aparelhos ou drogas.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Elaborar e validar o protocolo de Extubação Paliativa do IMIP que seja capaz de fornecer subsídio técnico-prático para condução desse procedimento nas UTIs adulto, pediátrica e neonatal, além do Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e da Emergência Pediátrica do IMIP, de forma segura e uniformizada.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Na elaboração e validação do protocolo de Extubação Paliativa:

- ✓ Elaborar o conteúdo considerando as evidências científicas;
- ✓ Discutir as principais condutas frente a um grupo de consenso;
- ✓ Validar o conteúdo do protocolo, por meio da análise de juízes- especialistas.



## **III. MÉTODOS**

### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo metodológico realizado pela equipe de cuidados paliativos do IMIP, para elaboração e validação de um protocolo assistencial, para retirada da ventilação mecânica, nas unidades que oferecem suporte avançado à vida (SAV), em pacientes com doença em fase terminal e sem perspectiva de reversão, com o uso do suporte artificial.

O protocolo foi elaborado, de acordo com as evidências científicas disponíveis, considerando a experiência da equipe de cuidados paliativos e fazendo as adaptações farmacológicas, de acordo com a disponibilidade de drogas da instituição. O desenvolvimento do referido estudo deu-se em três etapas: elaboração do conteúdo baseado nas evidências científicas disponíveis, discussão das principais condutas frente a um grupo de consenso e validação do conteúdo do protocolo por meio da análise de juízes especialistas, seguindo o fluxograma na página seguinte:

---

*Fluxograma do Estudo*

---

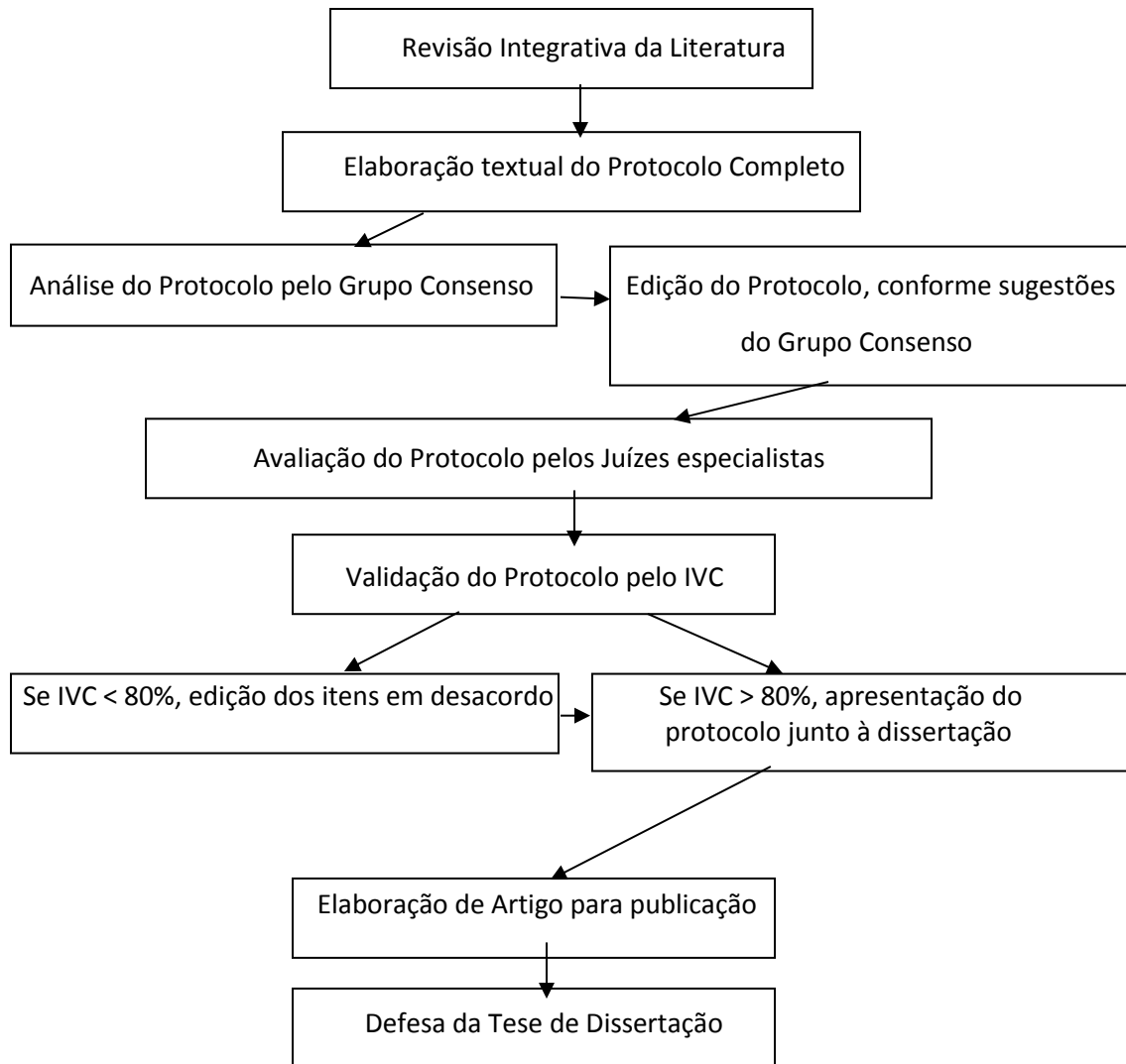


Figura 1: Fluxograma demonstrativo da realização do estudo por objetivos e etapas. Recife, PE, Brasil, 2018.

### **3.2 Local do Estudo**

O estudo foi desenvolvido no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP com o apoio da biblioteca da instituição, onde fora realizado a pesquisa na literatura disponível no acervo físico, assim como no acervo digital, em bases de dados e repositórios online, com o auxílio dos bibliotecários do serviço. Na fase de elaboração, reuniões dos grupos focais (consenso) também foram realizadas na instituição de ensino.

O IMIP é uma instituição de referência em ensino e assistência integral à saúde, desde a neonatologia até a geriatria, além das áreas multidisciplinares em saúde, e é hospital-escola para diversas universidades e residências médicas e multidisciplinares. São 6.9000 m<sup>2</sup> de área construída, divididos em 15 blocos, contando com 168 consultórios, 1.075 leitos de enfermaria e 101 de terapia intensiva. Esses leitos são divididos nas seguintes UTIs: Geral, Cirúrgica, Obstetrícia, Transplante, Retaguarda, Neonatologia, Pediatria e Oncologia pediátrica. Atende as seguintes especialidades médicas, todas elas com residência médica conveniada: Pediatria, Neonatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Oncologia Clínica e Pediátrica, Hematologia, Endocrinologia, Geriatria, Cardiologia, Cuidados Paliativos, Cirurgia Geral e Pediátrica, Psiquiatria, Ortopedia, Otorrinolaringologia, além dos outros ambulatórios especializados em pediatria.

### **3.3 Período do Estudo**

O estudo fora desenvolvido no período compreendido entre 1º de junho de 2018 a 31 de janeiro de 2019.

### **3.4 Etapas do Estudo**

O estudo foi dividido em três etapas:

#### **3.4.1. Primeira Etapa do Estudo: elaboração do conteúdo, levando em consideração as evidências científicas disponíveis**

##### **3.4.1.1. Revisão da Literatura**

Foi realizada de junho de 2018 até finalização do protocolo. Iniciamos com a revisão da literatura digital, utilizando as bases de dados Pubmed e Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de teses, manuais técnicos e livros na área de cuidados paliativos e medicina Intensiva. Tentamos utilizar como descritores os termos centrais do corrente estudo, como extubação paliativa, extubação terminal, retirada de suporte avançado à vida, *withdrawal mechanical ventilator*, *terminal extubation* e *compassionate extubation*. Porém, não houve resultado de busca com tais termos, e no MESH, do portal Pubmed, o termo *extubation* está vinculado apenas à extubação convencional, sem menção aos cuidados paliativos.

Após buscar novos termos para extubação paliativa em inglês, o termo *withdrawal* foi o qual possibilitou o link com o descritor *withholding treatment*, os quais são utilizados como sinônimos na literatura do Pubmed desde 2002. Para filtrar em ventilação mecânica, fizemos a pesquisa com a seguinte descrição: “*withholding treatment*” AND “*mechanical ventilator*”, o qual recuperou 187 artigos. No portal BVS, via o DeCS/MeSH, mais de 2.000

artigos foram encontrados ao utilizar o descritor, em português, suspensão de tratamento, que fora traduzido para o inglês “*care withdrawing*” similar também a “*withholding treatment*”. Nesse portal, temos a opção de marcarmos filtros para seleção dos artigos específicos em cuidados paliativos, os seguintes foram selecionados: texto disponível, base de dados MEDLINE e LILACS, limite em humanos, artigos em inglês e português, e os assuntos principais: assistência terminal, cuidados para prolongar a vida, ética e respiração artificial, sendo então recuperados 347 artigos.

Os documentos selecionados se classificaram da seguinte forma: artigos originais, artigos de revisão, estudos observacionais prospectivos e retrospectivos, *guidelines*, série de casos, relato de casos e editoriais, na língua portuguesa e inglesa, sem prazo de ano de publicação.

Utilizamos os seguintes critérios para exclusão dos artigos listados: título/resumo sem menção ao assunto principal, doação de órgãos, carta/correspondência/resposta/comentário ao editor/eleitor, reflexão pessoal, morte cerebral e não disponibilidade do texto completo para leitura (documentos gratuitos). Como assunto principal consideramos os seguintes temas em português, com a tradução para o inglês entre parênteses: extubação paliativa (*terminal extubation, compassionate extubation, paliative extubation*), retirada/suspensão medidas de suporte avançado à vida (*withdrawal of life-sustaining support*), processo de tomada de decisão de fim de vida (*end-of-life decision process*), cuidados de fim de vida na unidade de terapia intensiva (*end-of-life care in the intensive care unit*).

Foram utilizados manuais e inúmeros artigos para a elaboração textual do protocolo, com os artigos selecionados conforme, a Figura 2.

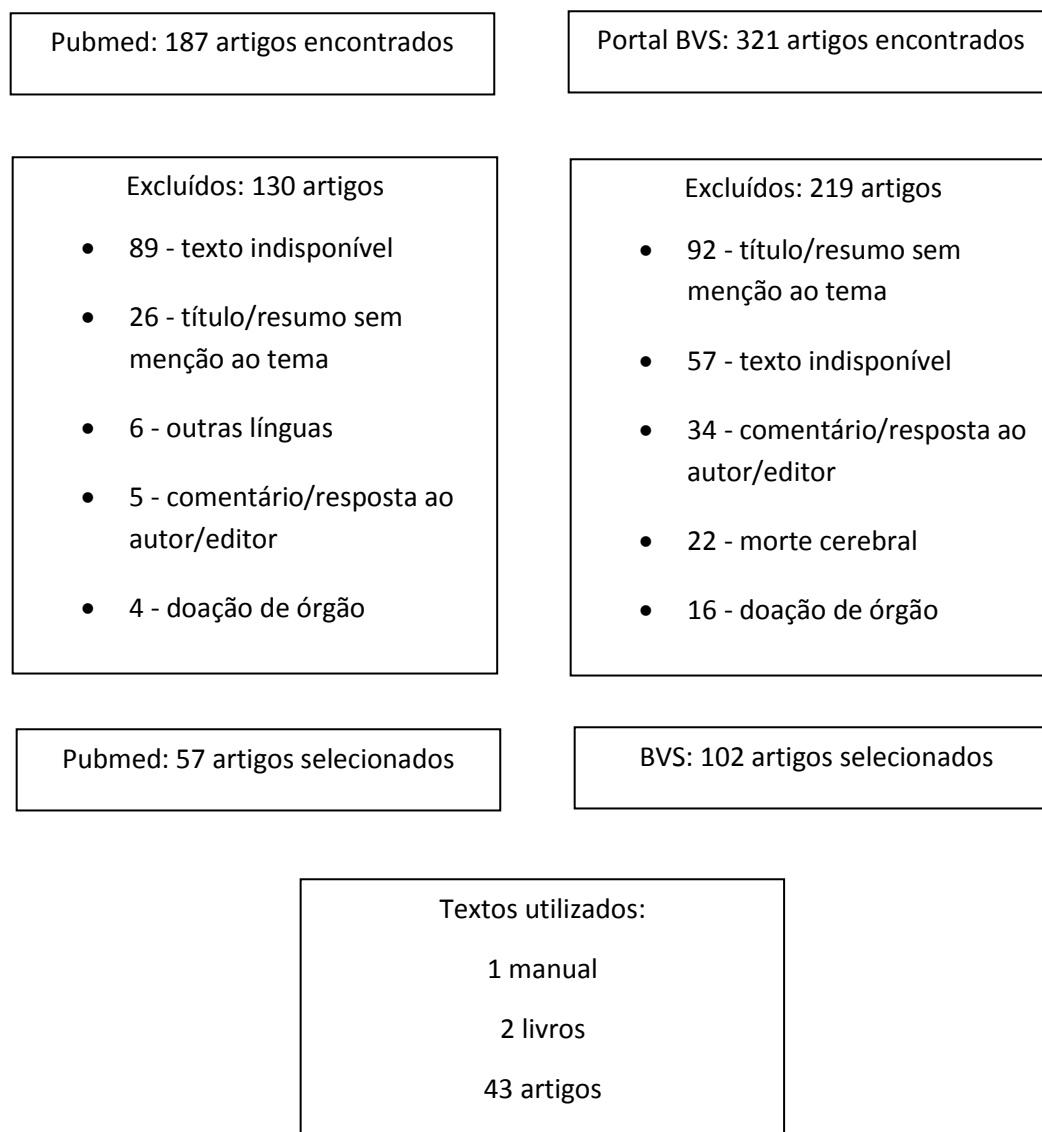


Figura 2: Apresentação dos artigos encontrados, excluídos, selecionados e utilizados, via revisão integrativa dos portais Pubmed e BVS.

Devido à grande quantidade de artigos encontrados e por não se tratar de um trabalho unicamente de revisão de literatura, foram escolhidos os textos mais relevantes e publicados

nos últimos 10 anos. Utilizamos também manuais e livros em português que abordam os temas principais, além de textos do acervo pessoal do pesquisador, para a definição dos termos abordados no protocolo que não foram encontrados nos artigos pesquisados.

#### **3.4.1.2. Elaboração do protocolo textual**

Para a construção do protocolo, além das referências estudadas na revisão da literatura para consolidação do conteúdo, utilizamos o protocolo assistencial de enfermagem para a sala de pré-parto, parto e pós-parto<sup>33</sup> como modelo estruturado em tópicos e considerações. Não encontramos na literatura nenhum método específico para a construção de protocolos assistenciais em saúde, além da escassa publicação de protocolos em saúde em si, principalmente no que se refere aos cuidados paliativos e retirada de medidas de suporte. Há *guidelines* e artigos sobre o assunto, principalmente na forma de revisões e consensos.

O protocolo foi construído, conforme os seguintes tópicos: considerações gerais, definições de termos, objetivos, reconhecimento do paciente em fase terminal de doença, processo de tomada de decisão, comunicação e planejamento, documentação e registro das reuniões e das diretrizes de cuidados, sequência de retirada de medidas de SAV, avaliação dos sinais de desconforto, prevenção e tratamento dos possíveis sinais de desconforto associados à retirada da VM/TOT, retirada da VM/TOT, fluxo de pacientes pós-extubação paliativa e referências bibliográficas.

### **3.4.2 Segunda Etapa do Estudo: discussão das principais condutas frente a um grupo de consenso**

O Protocolo inicialmente elaborado pela equipe de cuidados paliativos foi apresentado aos profissionais que trabalham na área de Cuidados Paliativos, nas UTIs e Emergências. Foram 25 convidados, entre médicos especialistas tanto na área de adulto quanto na área de pediatria, enfermeiras e fisioterapeutas das UTIs e emergências da instituição, além de chefes setoriais e da direção médica, afim de darem suas opiniões acerca do conteúdo e da forma de apresentação do protocolo.

Foram realizadas duas reuniões, a primeira no dia 20 de junho de 2018 via convite digital e envio do protocolo por e-mail, para 16 profissionais, entre chefes setoriais e coordenadores das unidades de SAV e de internamento, além de especialistas médicos que lidam com pacientes com doenças ameaçadoras à vida e em SAV. Devido à baixa adesão à primeira reunião, convidamos mais especialistas médicos, para uma segunda reunião realizada em 4 de julho de 2018, que além do convite e material digital via e-mail, entregamos o protocolo impresso. No total das reuniões do grupo consenso, participaram 9 médicos, 1 fisioterapeuta e 7 enfermeiras (1 da lista de convidados e as demais participantes voluntárias).

Nessas reuniões, o protocolo fora analisado ponto a ponto, com anotação das críticas e sugestões para edição do texto inicial. Foi sugerido também a elaboração de um protocolo mais resumido para fácil consulta, o qual também seguiu para a validação de conteúdo.



### **3.4.3 Terceira Etapa do Estudo: validação do conteúdo do protocolo, por meio da análise de juízes especialistas**

A terceira etapa foi a validação do conteúdo realizada em dois momentos: na avaliação de cada tópico do protocolo por especialistas em cuidados paliativos com experiência em extubação paliativa, com posterior edição do texto em pontos discordantes e conforme sugestões dos especialistas, e uma segunda rodada de avaliação para aprovação das edições realizadas.

A avaliação foi realizada via preenchimento de ficha que analisou o conteúdo do protocolo, a partir dos seguintes critérios: clareza, relevância, pertinência e abrangência dos itens abordados. Tais critérios foram pontuados via escala de Likert, a qual é utilizada para medir opiniões, crenças ou atitudes dos respondentes de um questionário ou instrumento, por meio de uma sequência de afirmações, que permite diferentes graus de concordância (APÊNDICES VI e VII).

A pontuação para cada critério avaliado foi dada da seguinte forma: 5 – concordo totalmente, 4 – concordo, 3 – nem concordo nem discordo, 2 – não concordo e 1 – discordo totalmente (vide ficha de avaliação em anexo). Após a avaliação do protocolo pelo grupo de especialistas, os dados foram analisados pelo Índice de Validade do Conteúdo (IVC), o qual mede a proporção ou porcentagem de concordância entre especialistas sobre determinados itens de um instrumento.

### **3.5 Análise de Dados**

Para o cálculo do IVC, foram adotadas as pontuações mais elevadas, ou seja, respostas (quatro) concordo e (cinco) concordo totalmente para cada item, divididas pelo número total de especialistas. A taxa de concordância aceitável para essa proporção foi de 80% ou superior, efetuando-se as modificações dos itens que não atingiram essa taxa, de acordo com as sugestões dos especialistas e na realização uma nova rodada de avaliação, que foi o segundo momento da validação.

### **3.6 Seleção dos Juízes Especialistas**

Na literatura científica<sup>34,35</sup>, recomenda-se que a quantidade de especialistas selecionados varie de três a dez indivíduos, sendo cinco o número considerado adequado para avaliação de concordância. Selecionamos, por conveniência, para a análise do material, cinco juízes especialistas a partir da prática e experiência deles com a extubação paliativa em instituições pelo Brasil, com os seguintes critérios: médicos com especialização ou longa atuação na área de Cuidados Paliativos e/ou Medicina Intensiva, que possuam reconhecida experiência em extubação paliativa. Foram excluídos aqueles que estavam auxiliando no processo de elaboração do protocolo. Cinco juízes especialistas foram convidados, porém apenas três deles aceitaram participar da pesquisa. Todos foram abordados via e-mail, com os seguintes documentos em anexo (APÊNDICES II, III, IV, V, VI e VII): o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar do estudo; carta de apresentação aos juízes especialistas que explica o processo de avaliação e validação do protocolo,

protocolo em duas versões: completo e simplificado; e duas fichas de avaliação com a lista de critérios utilizados para análise do conteúdo dos protocolos elaborados, uma para a versão completa e outra para a versão simplificada. Nenhum dos juízes solicitou material impresso, sendo todos o material enviado e recebido via e-mail.

Por se tratar de algo relativamente novo na medicina, principalmente no Brasil, com uma média vinte anos de atrasos nos trabalhos científicos publicados acerca do tema, selecionamos cinco juízes especialistas a nível nacional, incluindo um do nosso próprio hospital, porém apenas três deles se voluntariaram a participar do referido estudo.

Entre os especialistas, um era do sexo feminino e os demais do sexo masculino. Com relação à formação acadêmica, todos tinham especialização em medicina paliativa, sendo dois deles também geriatras e o outro médico intensivista. No que diz respeito à atividade profissional, todos os especialistas possuíam prática clínica de, no mínimo, dez anos, além de experiência docente. A média de idade entre os especialistas foi de 47,6 anos, a idade mínima foi de 38 anos e a máxima de 63 anos. A média de formação profissional foi de 22,3 anos, o tempo mínimo de formação profissional encontrado entre os especialistas foi de 14 anos e o tempo máximo de 35 anos.

### **3.7 Aspectos Éticos**

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo levou em consideração a garantia dos preceitos básicos da bioética de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Isto visa assegurar os direitos e deveres no que diz respeito à

comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado, de acordo com a Resolução 466/2012<sup>36</sup>.

Dessa forma, o projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), via Plataforma Brasil (ANEXO I) para apreciação e seu deferimento favorável, obtendo aprovação pelo parecer número 3.174.577 e CAAE: 02427818.6.0000.5201.

Considerou-se também os aspectos éticos que dizem respeito ao TCLE a ser assinado pelos participantes mediante explicação acerca da intenção e dos objetivos da pesquisa.

Garantiu-se o anonimato, a participação voluntária, a isenção de gastos, bem como o não recebimento de incentivos financeiros por fazer parte da pesquisa (APÊNDICE II). Além disso, garantia de indenização em caso de danos físicos, legalmente comprovados, advindos da participação do juiz especialista na pesquisa.

### **3.8 Conflito de Interesse**

Declaro que não há nenhum conflito de interesse no referido estudo, o qual não faz divulgação de nenhuma marca ou personalidade e visa apenas a propagação de conhecimentos e melhorias na assistência ao paciente em cuidados de fim de vida.

## **IV. RESULTADOS**

Foram desenvolvidos dois produtos como resultado do estudo realizado. O artigo científico, a ser publicado em revista de impacto nacional e um produto técnico – o protocolo institucional de extubação paliativa do IMIP, em duas versões: uma completa e outra simplificada.

### **4.1 Artigo**

# **Elaboração e Validação de Protocolo Institucional de Extubação Paliativa de Hospital Universitário do Recife**

Lívia de Kássia Leal Interaminense Olsen <sup>1</sup>, Mirella Rebello Bezerra<sup>2</sup>, Zilda  
do Rego Cavalcanti<sup>3</sup> e Flávia Augusta de Orange<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Paliativista, Geriatra e Clínica Médica, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

<sup>2</sup> Chefe da Geriatria e Cuidados Paliativos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

<sup>3</sup> Paliativista e Geriatra, Preceptora da Residência Médica e Multiprofissional de Cuidados Paliativos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

<sup>4</sup>Anestesiologista, PhD, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife, Pernambuco, Brasil.

*Autor Correspondente:*

Flavia Augusta de Orange

Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista

50070-550 Recife, PE, Brasil

Telefone: (81) 2122-4122

FAX: (81) 2122-4100

E-mail: [orangeflavia@gmail.com](mailto:orangeflavia@gmail.com)



## Resumo

**Introdução:** A medicina e suas tecnologias salvam muitas vidas, mas em muitos casos é imposto ao enfermo uma qualidade de vida questionável e a sobrevivência é mantida através de máquinas e drogas. A extubação paliativa pode ser pensada para uma melhor qualidade de vida do paciente e familiares. **Objetivo:** Elaborar e validar um protocolo de extubação paliativa para apresentar o procedimento como opção terapêutica a ser utilizada nos cuidados de fim de vida em unidades de terapia intensiva (UTIs). **Metodologia:** Estudo metodológico em três etapas: elaboração textual do protocolo via revisão da literatura e conformidade com a legislação nacional; exposição ao grupo consenso para sugestões e edições iniciais; e a validação do conteúdo por juízes-especialistas. **Resultados:** Através de 43 artigos selecionados, elaboramos o protocolo inicial estruturado em múltiplos tópicos, desde definição de termos e conceitos até a retirada da ventilação mecânica (VM) e tubo orotraqueal (TOT), com orientação do fluxo do paciente em caso de sobrevivência. A validação do conteúdo contou com 3 juízes-especialistas, realizada em dois momentos, com aprovação final próxima a 100%. **Conclusão:** Nosso protocolo final inclui instruções detalhadas para a extubação paliativa e demais medidas que devem ser realizadas para a execução segura e legal desse tratamento paliativo. O protocolo pode guiar a prática fundamentada desta técnica melhorando a qualidade da vida durante a finitude. Usando nosso protocolo, muitas instituições poderão realizar a EP de forma segura, respeitando os preceitos éticos necessários.

Palavras chaves: *Mechanical ventilator withdrawal*, validação de conteúdo, ética médica, cuidados paliativos, cuidados de fim de vida





## **1. Introdução**

A medicina intensiva tem cada vez mais incorporado tecnologias que permitem o tratamento e a monitorização contínua dos pacientes com doenças graves e ameaçadoras da vida, o que permite a pronta-correção de inúmeras deturpações clínico-orgânicas, revertendo assim grande parte das situações de gravidade, salvando vidas e restaurando a saúde de seus doentes(1).

Apesar das UTIs serem unidades preparadas para a restauração da saúde e salvar vidas, lidam todos os dias com a ameaça da morte, muitas vezes numa batalha desumana e obstinada que geram inúmeras consequências, quer seja para o paciente, quer seja para os familiares. E nessa luta contra a morte, muitos pacientes acabam por permanecer ou falecer acoplados a máquinas, sedados, em um ambiente frio e desconhecido, configurando uma morte não digna, associada a muito sofrimento desnecessário.

Como elevado percentual das mortes ocorrem dentro das UTIs (2,3), é necessário pensar medidas capazes de resgatar a dignidade da vida até o último dia da existência humana, o cuidado paliativo surge como uma forma de cuidar do doente de maneira holística, valorizando sua dor e seu sofrimento, melhorando a qualidade de vida daqueles que estão sob risco de morrer(4). E quando nos referimos aos cuidados de fim de vida nessas unidades, as medidas de conforto se tornam prioridade e tratamentos considerados fúteis e obstinados devem ser limitados, e por vezes suspensos, com o intuito de permitir uma morte natural e com mínimo de sofrimento possível(5-7).

A opção pela retirada de medidas de suporte avançado a vida (SAV) não é um procedimento simples e demanda segurança da equipe quanto a terminalidade da doença e impossibilidade da recuperação da saúde, pois não pode ser confundida com a eutanásia, ou

seja, antecipação da morte por compaixão(8). A extubação paliativa é uma das mais complexas de ser realizada, tanto pela incerteza de como paciente evoluirá após a suspensão da ventilação mecânica (VM) e retirada do tubo orotraqueal (TOT)(9), além da compreensão equivocada de que esta medida é ilegal e passível de processos judiciais(10).

O objetivo desse estudo foi elaborar e validar um protocolo de Extubação Paliativa capaz de fornecer subsídio técnico-prático para a condução desse procedimento de forma segura e uniformizada, respaldada na literatura nacional e internacional, respeitando a regulamentação da CFM e as orientações do CEM.

## **2. Métodos**

Estudo metodológico para elaboração e validação de protocolo institucional para retirada da ventilação mecânica, nas unidades que oferecem SAV, em pacientes com doença em fase terminal e sem perspectiva de reversão com o uso do suporte artificial. O estudo foi realizado no instituto Prof. Fernando Figueira, no período compreendido entre 01 de junho de 2018 a 28 de fevereiro de 2019.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), sob o CAAE: 02427818.6.0000.5201.

O estudo foi realizado em três etapas: Elaboração do conteúdo baseado nas evidências científicas disponíveis, discussão das principais condutas frente a um grupo consenso e validação do conteúdo do protocolo através de análise de juízes-especialistas(11) (Figura 1).

## **1. Primeira Etapa do Estudo: Elaboração do conteúdo levando em consideração as melhores evidências disponíveis**

Para a elaboração da primeira versão do protocolo, realizou-se uma revisão de literatura, através de bases digitais como o Pubmed e o Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de teses, manuais técnicos e livros na área de cuidados paliativos e medicina Intensiva.

## **2. Segunda Etapa do Estudo: Discussão das principais condutas frente a um grupo de consenso**

Nessa fase, o protocolo inicialmente desenvolvido foi apresentado a profissionais que trabalham na área de Cuidados Paliativos, nas UTIs e emergências. Foram 25 convidados, entre médicos especialistas (tanto na área de adulto quanto na área de pediatria), enfermeiras e fisioterapeutas das UTIs e emergências da instituição, além de chefes setoriais e direção médica. Realizada em dois momentos, via convite digital e envio do protocolo por e-mail e na segunda com entrega também do protocolo impresso. As reuniões tinham como propósito a exposição do protocolo para análise ponto a ponto, com anotação das críticas e sugestões em tempo real para edição posterior do texto e conseguinte envio para a terceira etapa.

## **3. Terceira Etapa do Estudo: Validação do conteúdo do protocolo através de análise de juízes-especialistas**

A terceira etapa foi a validação do conteúdo realizada em dois momentos: seleção dos juízes-especialistas com experiência em cuidados paliativos e extubação paliativa e posterior

avaliação do protocolo pelos mesmos, para edição dos pontos discordantes e de acordo com as sugestões para melhorias no texto.

### **3.1 Seleção dos Juízes-especialistas**

Na literatura científica(12,13) recomenda-se que o número de especialistas selecionados varie entre três a dez indivíduos, sendo cinco considerado adequado para avaliação de concordância. Selecionamos cinco juízes-especialistas, por conveniência, para a análise do material a partir de sua prática e experiência com a extubação paliativa em instituições de referência nacional e internacional, os quais preenchessem os seguintes critérios de inclusão: médicos com especialização ou longa atuação na área de Cuidados Paliativos e/ou Medicina Intensiva e com reconhecida experiência em extubação paliativa. Foram excluídos aqueles que estavam auxiliando no processo de elaboração do protocolo.

Todos foram abordados via e-mail, com os seguintes documentos: o TCLE para participar do estudo; carta de apresentação aos juízes-especialistas que explica o processo de avaliação e validação do protocolo; o protocolo de extubação paliativa e a ficha de avaliação com a lista de critérios utilizados para análise do conteúdo do protocolo elaborado.

### **3.2 Avaliação do protocolo pelos Juízes-especialistas**

A avaliação foi realizada via preenchimento de ficha que analisa o conteúdo do protocolo a partir dos seguintes critérios: objetivos, conteúdo e relevância. Foram pontuados via escala de Likert, utilizada para medir opiniões, crenças ou atitudes dos respondentes de

um questionário ou instrumento, por meio de uma sequência de afirmações, que permite diferentes graus de concordância(11).

A pontuação para cada critério avaliado foi dada da seguinte forma: 5 - concordo totalmente, 4 – concordo, 3 – nem concordo nem discordo, 2 – não concordo e 1 - discordo totalmente – vide ficha de avaliação em anexo. Após a avaliação do protocolo pelo grupo de especialistas, os dados foram analisados pelo Índice de Validade do Conteúdo (IVC)(14), o qual mede a proporção ou porcentagem de concordância entre especialistas sobre determinados itens de um instrumento.

### **3.3 Análise de Dados**

Para o cálculo do IVC, foram adotadas as pontuações mais elevadas, ou seja, respostas (quatro) concordo e (cinco) concordo totalmente para cada item, divididas pelo número total de especialistas. A taxa de concordância aceitável para essa proporção foi de 80% ou superior, efetuando-se as modificações dos itens que não atingiram essa taxa, de acordo com as sugestões dos especialistas e realizada uma nova rodada de avaliação, que foi o segundo momento da validação.

## **3. Resultados**

O protocolo construído foi intitulado “Protocolo Institucional de Extubação Paliativa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP” e apresenta uma proposta de orientação para condução e ensino sobre cuidados de fim de vida e extubação paliativa.

Inicialmente, organizou-se a capa com o título do protocolo, em seguida foram apresentando as autoras e suas titulações, além das demais estruturas conforme as recomendações da ISBN para publicação de protocolos institucionais. Os tópicos mais relevantes estão demonstrados no fluxograma em anexo (Figura 2). Recomendamos a consulta e leitura do protocolo na sua versão completa, através do link de acesso digital: (ainda em vias de formatação no site do IMIP). Nele abordamos de forma ampla e detalhada os aspectos éticos, legais e práticos do procedimento, adaptados à realidade do nosso hospital.

### **3.4 Validação do Protocolo Completo e Simplificado**

#### **3.4.1 Seleção dos Juízes-especialistas**

Por se tratar de algo relativamente novo na medicina, principalmente no Brasil, com uma média vinte anos de atrasos nos trabalhos científicos publicados acerca do tema, selecionamos cinco juízes-especialistas a nível Brasil (apesar de um desses atuar fora do país), incluindo um do nosso próprio hospital, porém apenas três deles se voluntariaram a participar do referido estudo.

Entre os especialistas uma era do sexo feminino e os demais do sexo masculino. Com relação à formação acadêmica, todos são especializados em medicina paliativa, sendo dois deles também geriatras e outro médico intensivista. No que diz respeito à atividade profissional todos os especialistas possuíam prática clínica de no mínimo dez anos, além da experiência docente. A média de idade entre os especialistas foi 47,6 anos, a idade mínima encontrada foi de 38 anos e a máxima foi de 63 anos. A média de formação profissional foi

de 22,3 anos, o tempo mínimo de formação profissional encontrado entre os especialistas foi de 14 anos e o tempo máximo de 35 anos.

### **3.4.2 Avaliação do protocolo pelos especialistas**

Os especialistas validaram o protocolo através de uma ficha que avaliou o protocolo de acordo com os objetivos, o conteúdo e a relevância. Os resultados revelaram que o protocolo o IVC geral foi igual a 0,93 e apenas um critério avaliado apresentou  $IVC < 0,8$ .

Na tabela 1 estão dispostos os critérios julgados pelos especialistas com os respectivos IVC.

Segundo os especialistas o objetivo do protocolo encontra-se adequado para uso. Os objetivos estão claros ( $IVC = 1,0$ ), coerentes com o conteúdo apresentado ( $IVC = 1,0$ ), podendo circular no meio científico, tanto na área de medicina intensiva como na de cuidados paliativos ( $IVC = 0,93$ ), além de atender aos objetivos dos cuidados paliativos ( $IVC = 1,0$ ). Um dos juízes sugeriu que o protocolo fosse reduzido de tamanho para melhor circulação no meio acadêmico e assistencial, pois a extensão do texto dificulta a adesão a leitura. Já outro especialista questionou o trecho do protocolo que parecia sugerir conduta paternalista no lugar da decisão compartilhada entre equipe e família.

Em seguida os especialistas analisaram o conteúdo teórico do protocolo. Atende ao tema e aos objetivos propostos ( $IVC = 1,00$ ), é atualizado e contém informações corretas (fontes e referências) ( $IVC = 0,80$ ), possui texto de fácil leitura ( $IVC = 0,86$ ), sua redação está compatível como nível do público-alvo proposto ( $IVC = 0,93$ ), as informações são bem estruturadas em concordância com a ortografia ( $IVC = 0,93$ ) e tamanho do título e tópicos estão adequados ( $IVC = 0,93$ ). Algumas sugestões foram feitas nesse critério, assinalados



aqui: participação da equipe de cuidados paliativos para introdução do protocolo; presença de familiares só deve ser permitida quando houver maior experiência da equipe da UTI, maior ênfase no contexto bioético e ajustes pontuais quanto ao uso de drogas e parâmetros da ventilação mecânica durante o processo de retirada da VM, assim como das demais medidas de SAV.

O último critério avaliado foi a relevância do tema, com o ponto que avalia a adequação do produto para ser utilizado pelos residentes, profissionais médicos e multidisciplinares que assistem os pacientes em cuidados de fim de vida tendo sido o mais discordante, com IVC igual a 0,73. Os juízes comentaram que apesar de se tratar de um protocolo, que faz orientações de conduta, não deve ser seguido ponto a ponto, pois se trata de um tema bioético sério e que necessita da experiência da equipe junto a boa comunicação e concordância do paciente / família no processo de decisão compartilhada. Foi sinalizado também maior detalhamento quanto ao fluxo do paciente em caso de sobrevivência após a suspensão da VM.

Apesar de apenas um dos pontos avaliados preencher critério para edição do texto (IVC < 0,8), optamos por realizar outras edições de acordo com as sugestões descritas, por serem pertinentes e comentadas pela maioria dos especialistas. Assim, o protocolo passou por uma nova avaliação, com IVC geral 0,96. Na tabela 2, segue os novos IVCs.

#### **4. Discussão**

A realização de estudos para elaboração e validação de protocolos institucionais é rara(15), apesar de ser prática comum a elaboração de protocolos assistenciais sem o processo

de refinamento e avaliação necessários, principalmente na medicina intensiva e nos cuidados paliativos. Desde a fase de elaboração até a validação do nosso protocolo pelos juízes-especialistas, todo o processo foi baseado em evidência científica e conforme as resoluções éticas e institucionais brasileiras.

A revisão de literatura revelou a vasta literatura internacional disponível sobre extubação paliativa em si, mas pouco sobre o processo de elaboração e validação de protocolos em saúde, sendo mais encontrados artigos na área da enfermagem. Estudos com a finalidade de padronização de determinados procedimentos, principalmente aqueles com elevado teor moral e bioético como é a extubação paliativa, devem ser encorajados e disseminados para trazer melhorias no atendimento integral ao doente crítico e em fase final de vida, que necessita de maior ênfase no cuidado ao enfermo em si do que a sua doença que está fora de possibilidade terapêutica.

A etapa de apresentação do grupo consenso foi importante para sentir a percepção dos diversos profissionais e setores representados quanto a possibilidade de realização do procedimento em si, como a utilização do protocolo na prática diária. A resistência de alguns quanto a realização da extubação paliativa é uma realidade comum em diversas instituições de saúde do município, assim como do Brasil, e reforça a necessidade de iniciar um programa de ensino e exposição do material criado para repassar as informações mais detalhadas dos pontos legais e éticos quanto ao assunto.

O processo de validação contou com a participação de três juízes-especialistas, com vasta experiência em cuidados paliativos e extubação paliativa, com um deles com registros de mais de quatrocentos procedimentos na sua carreira e uma taxa de alta hospitalar pós-

suspensão da VM em torno de 25%(16). Apesar de um número pequeno de avaliadores, na literatura há a recomendação de três a dez especialistas para validação de conteúdo de qualquer instrumento(12,13), o que certifica o valor científico do corrente estudo.

A avaliação do protocolo através de critérios considerados essenciais para a adequação de um protocolo institucional foi realizada via escala de Likert(11), com os resultados analisados pelo Índice de Validação do Conteúdo (IVC)(14). A adequação dos protocolos elaborados foi satisfatória, com apenas 1 item do critério relevância com IVC < 80%, de um total de 13 pontos de avaliação. Não apenas esse item foi editado, mas foi também considerado as sugestões sinalizadas pelos juízes-especialistas, pois foram considerados relevantes para melhor adequação do protocolo. Apesar desses pequenos ajustes finais, o protocolo foi elogiado e referenciado como de extrema importância para a boa prática clínica, apesar de um longo caminho referente ao desenvolvimento dos cuidados paliativos dentro das instituições de saúde.

Devemos reforçar que o objetivo de qualquer protocolo ou *guideline* é a orientação da equipe quanto a determinados cuidados que devem ser realizados durante procedimentos complexos ou delicados e não apenas um *check list* que deve ser seguido passo a passo sem a individualização devida de acordo com cada caso(8). É um procedimento relativamente novo na medicina intensiva e por isso a necessidade de medidas educacionais e supervisão da equipe de cuidados paliativos para a prevenção de eventos que gerem desconforto tanto na equipe quanto nos familiares e pacientes submetidos a esse tratamento.

## **5. Conclusão**

A extubação paliativa é um procedimento eticamente correto, quando bem indicado e de comum acordo entre equipe, paciente e/ou familiares. A elaboração de um protocolo institucional e sua validação perante a comunidade científica se fez necessário para conduzir esse procedimento com segurança e otimização dos cuidados de fim de vida nas UTIs.

O produto final desse estudo abordou não só a extubação paliativa e a suspensão de outras medidas de SAV, traz também informações pertinentes e educacionais quanto a comunicação efetiva e processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. Apesar de ter sido elaborado para uso institucional, serve como modelo a ser estudado e adaptado em outros centros de assistência e ensino de saúde.

## **6. Referências Bibliográficas**

1. Cardoso T, Teixeira-Pinto A, Rodrigues PP, Aragã I, Costa-Pereira A, Nio A, et al. Predisposition, Insult/Infection, Response and Organ Dysfunction (PIRO): A Pilot Clinical Staging System for Hospital Mortality in Patients with Infection. 2013 [cited 2018 Aug 26]; Available from: [www.plosone.org](http://www.plosone.org)
2. Connolly C, Miskolci O, Phelan D, Buggy DJ. End-of-life in the ICU: moving from ‘withdrawal of care’ to a palliative care, patient-centred approach. *Br J Anaesth* [Internet]. 2016 Aug [cited 2018 Oct 2];117(2):143–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0007091217338278>
3. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*

- [Internet]. 2008 Mar [cited 2018 Aug 26];36(3):953–63. Available from:  
<https://insights.ovid.com/crossref?an=00003246-200803000-00041>
4. Moritz RD. Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva - AMIB [Internet]. 1°. 2012 [cited 2018 Aug 21]. 136 p. Available from:  
<https://atheneu.com.br/cuidados-paliativos-nas-unidades-de-terapia-intensiva-amib>
  5. Resolução CFM N° 1.805/2006. Cons Fed Med [Internet]. 2006 [cited 2018 Aug 21]; Available from:  
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>
  6. Mayer A-PT. Redirection in treatment goals: withdrawal of mechanical ventilation outside of the intensive care unit. Arch Dis Child [Internet]. 2014 Sep 1 [cited 2018 Sep 11];99(9):795–7. Available from:  
<http://adc.bmj.com/cgi/doi/10.1136/archdischild-2014-306417>
  7. Szalados JE. Discontinuation of Mechanical Ventilation at End-of-Life: The Ethical and Legal Boundaries of Physician Conduct in Termination of Life Support. Crit Care Clin. 2007;23(2):317–37.
  8. Rady MY, Verheijde JL. The Standardization Approach in End-of-Life Withdrawal of Life-Sustaining Treatment. J Intensive Care Med [Internet]. 2016 May 2 [cited 2019 Jan 7];31(4):290–2. Available from:  
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0885066615578407>
  9. Kutzsche S, Partridge JC, Leuthner SR, Lantos JD. When Life-Sustaining Treatment Is Withdrawn and the Patient Doesn't Die. Pediatrics [Internet]. 2013;132(5):893–7.

Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2013-0413>

10. Parker M, Willmott L, White B, Williams G, Cartwright C. Medical education and law: withholding/withdrawing treatment from adults without capacity. *Intern Med J* [Internet]. 2015 Jun [cited 2019 Jan 7];45(6):634–40. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/imj.12759>
11. DeVellis RF. Scale development : theory and applications [Internet]. [cited 2019 Mar 5]. 280 p. Available from: [https://books.google.com.br/books?id=48ACCwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=48ACCwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
12. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health* [Internet]. 1997 Jun [cited 2019 Feb 21];20(3):269–74. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/%28SICI%291098-240X%28199706%2920%3A3%3C269%3A%3AAID-NUR9%3E3.0.CO%3B2-G>
13. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res* [Internet]. 2003 Jun 1 [cited 2019 Feb 21];27(2):94–104. Available from: <https://academic.oup.com/swr/article-lookup/doi/10.1093/swr/27.2.94>
14. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments [Internet]. 2011 [cited 2019 Mar 5]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>

15. Van Beinum A, Hornby L, Ward R, Ramsay T, Dhanani S. Variations in the operational process of withdrawal of life-sustaining therapy. *Crit Care Med*. 2015;43(10):e450–7.
16. Pan CX, Platis D, Maw MM, Morris J, Pollack S, Kawai F. How Long Does (S)He Have? Retrospective Analysis of Outcomes After Palliative Extubation in Elderly, Chronically Critically Ill Patients. 2016;44(6).

## Lista de Figuras

---

### *Fluxograma do Estudo*

---

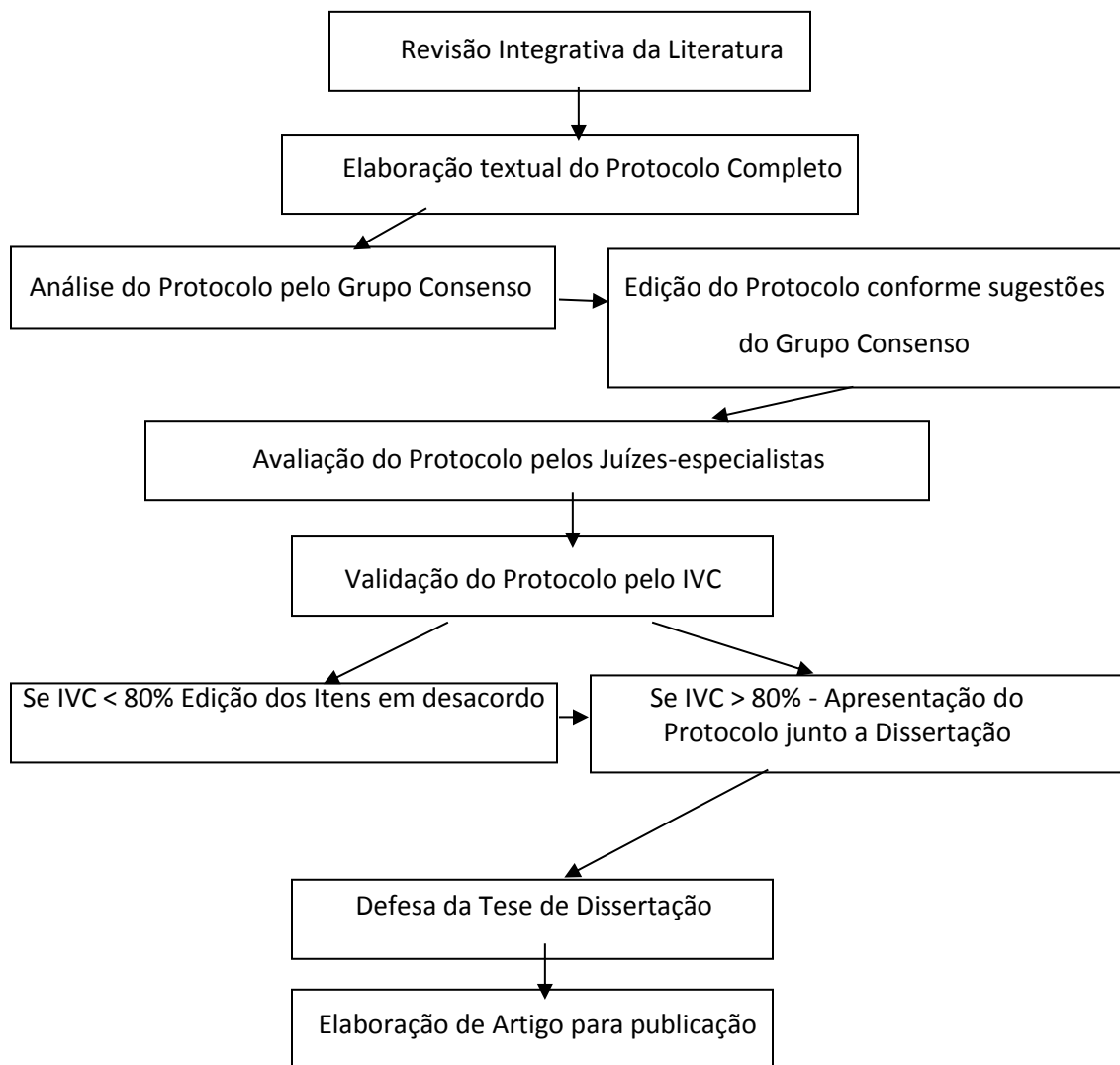


Figura 1: Fluxograma demonstrativo da realização do estudo por objetivos e etapas. Recife, PE, Brasil, 2019.



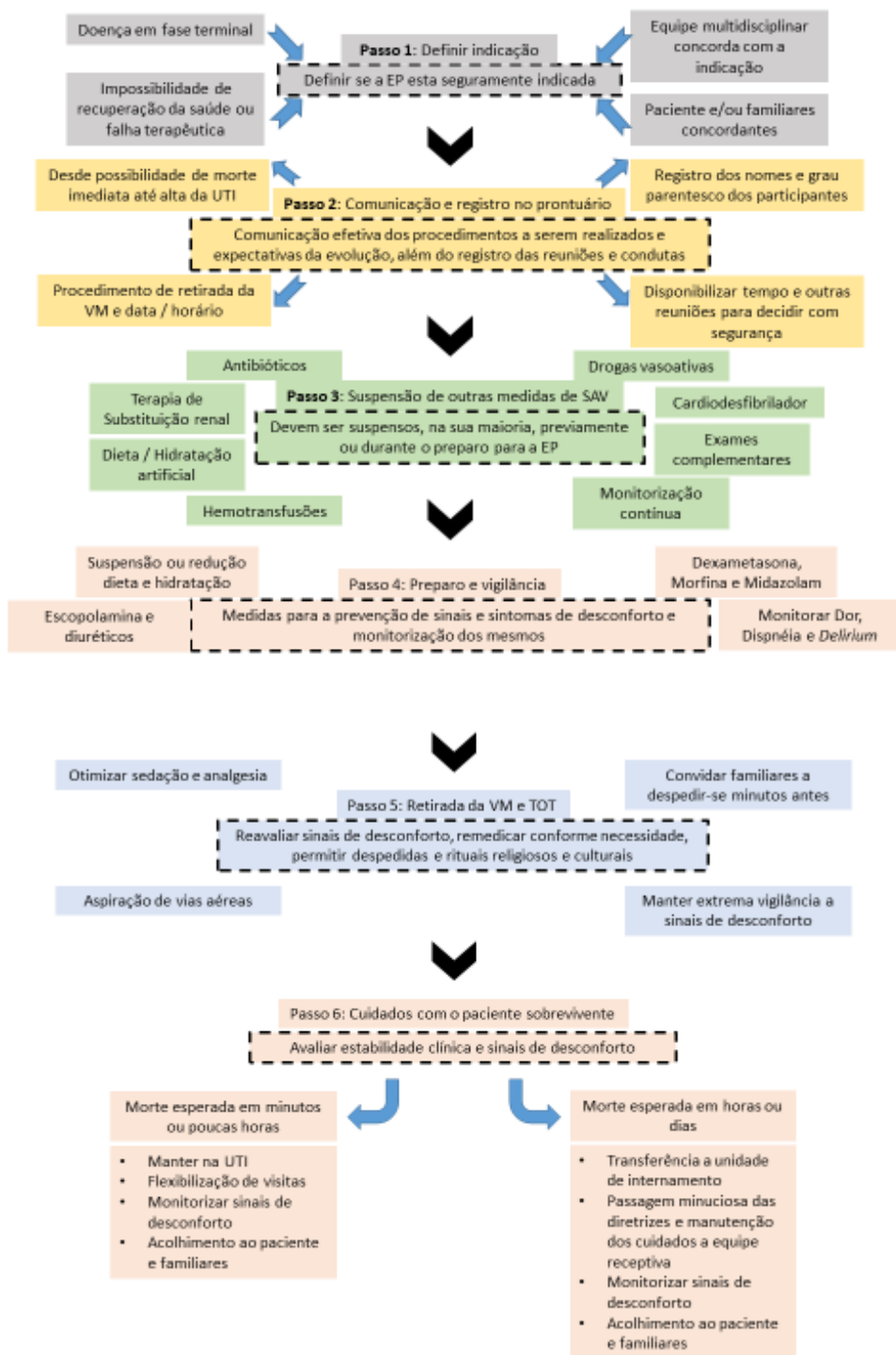


Figura 2: Fluxograma para apresentação dos principais tópicos abordados no protocolo de Extubação Paliativa do IMIP. Recife, PE, Brasil, 2019.



## Lista de Tabelas

Critérios Julgados	IVC
<b>1. Objetivos</b>	
a) Os objetivos são Claros	0,93
b) Estão coerentes com o conteúdo apresentado	1,0
c) Pode circular no meio científico tanto na área de cuidados paliativos quanto na medicina intensiva	0,93
d) Atende aos objetivos dos cuidados paliativos	0,93
<b>2. Conteúdo</b>	
a) Atende ao tema e aos objetivos propostos	1,0
b) É atualizado e contém informações corretas (fontes e referências)	0,80
c) Os textos são de fácil leitura	0,86
d) O estilo de redação está compatível com o nível do público-alvo proposto	0,93
e) As informações são bem estruturadas em concordância com a ortografia	0,93
f) O Tamanho do título e os tópicos estão adequados	0,93
<b>3. Relevância</b>	

a) Os itens abrangem aspectos importantes que devem ser reforçados	0,93
b) O protocolo propõe ao leitor adquirir conhecimento quanto as técnicas de tomada de decisão, comunicação, monitorização e condução dos temas abordados?	0,93
c) Estar adequado para ser utilizado pelos residentes, profissionais médicos e multidisciplinares que assistem os pacientes em cuidados de fim de vida?	0,73

Tabela 1: Critérios julgados pelos Juízes-especialistas quanto ao protocolo de extubação paliativa. Recife, PE, Brasil, 2018.

Critérios Julgados	IVC
<b>1. Objetivos</b>	
a. Os objetivos são Claros	1,0
b. Estão coerentes com o conteúdo apresentado	1,0
c. Pode circular no meio científico tanto na área de cuidados paliativos quanto na medicina intensiva	1,0
d. Atende aos objetivos dos cuidados paliativos	1,0
<b>2. Conteúdo</b>	
a. Atende ao tema e aos objetivos propostos	1,0
b. É atualizado e contém informações corretas (fontes e referências)	0,93
c. Os textos são de fácil leitura	0,93
d. O estilo de redação está compatível com o nível do público-alvo proposto	0,93
e. As informações são bem estruturadas em concordância com a ortografia	0,93
f. O Tamanho do título e os tópicos estão adequados	0,93
<b>3. Relevância</b>	
a. Os itens abrangem aspectos importantes que devem ser reforçados	0,93

<b>b.</b> O protocolo propõe ao leitor adquirir conhecimento quanto as técnicas de tomada de decisão, comunicação, monitorização e condução dos temas abordados?	0,93
<b>c.</b> Estar adequado para ser utilizado pelos residentes, profissionais médicos e multidisciplinares que assistem os pacientes em cuidados de fim de vida?	0,93

Tabela 2: Critérios julgados pelos Juízes-especialistas quanto ao protocolo de extubação paliativa – IVC pós-adequação do protocolo. Recife, PE, Brasil, 2019.

## **4.2 Produtos Técnicos Gerados**

### **4.2.1. Protocolo de Extubação Paliativa Versão Completa**

Foi desenvolvido um protocolo extenso e denso, com orientações bem embasadas cientificamente, desde a indicação da extubação paliativa até realização do procedimento em si, com informações importantes para o processo de tomada de decisão, e como abordar pacientes e familiares acerca do tema e da opção terapêutica. Aborda-se também, em menores detalhes, a retirada de outras medidas de SAV que, por ventura, estejam sendo realizadas nos pacientes candidatos ou que requerem a extubação paliativa. (APÊNDICE IV).

### **4.2.2 Protocolo de Extubação Paliativa Versão Simplificada**

Após elaboração do protocolo acima descrito, observou-se que seu uso poderia ser restrito e pouco prático, o que suscitou o desenvolvimento de um protocolo mais resumido e de fácil consulta para os profissionais de saúde nos ambientes de terapia intensiva (APÊNDICE V). Ele aborda os pontos principais do procedimento e do processo de tomada de decisão, com links que direcionam para a versão completa do protocolo , em caso de dúvidas ou para maior detalhamento.

## V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado integral com o paciente crítico é uma premissa de qualidade de atendimento e excelência das instituições de saúde e a isso inclui os cuidados paliativos integrados aos cuidados intensivos. E dentro dos cuidados paliativos está o cuidado de fim de vida, onde a reversibilidade do quadro não é mais possível e a morte é o desfecho mais expectado, exceto se a vida for mantida, de forma artificial, por máquinas, aparelhos ou drogas.

E foi pensando no paciente grave e no final da vida no ambiente de terapia intensiva, acoplado a máquinas e drogas, que elaboramos e validamos esse protocolo de extubação paliativa com o intuito de propor esse procedimento como legal, factível e confortante. Para isso, deve ser bem indicado, decidido com segurança e realizado de forma uniforme e com a participação de toda a equipe.

Sua validação via avaliação e aprovação quase total (IVC= 0,96) por especialistas do Brasil, um deles atuante nos Estados Unidos da América, comprova a importância deste documento para a prática, permitindo assim o seu uso em benefício do paciente que se encontra na fase terminal da doença.



## VI. REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva. Resumo da criação das UTIs segundo a SCCM (Society of Critical Care - USA) [online]. Goiana. [acesso 4 out 2018]. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/historyicu.htm>
2. Connolly C, Miskolci O, Phelan D, Buggy DJ. End-of-life in the ICU: moving from 'withdrawal of care' to a palliative care, patient-centred approach. *Br J Anaesth.* 2016; 117 (2): 143-5.
3. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2008;36 (3): 953-63.
4. Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE, et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008; 177 (8): 912-27.
5. Lecuyer L, Chevret S, Thiery G, Darmon M, Schlemmer B, Azoulay E. The ICU trial: a new admission policy for cancer patients requiring mechanical ventilation. *Crit Care Med.* 2007;35 (3): 808-14.
6. Xia R, Wang D. Intensive care unit prognostic factors in critically ill patients with advanced solid tumors: a 3-year retrospective study. *BMC Cancer.* 2016; 16: 188.
7. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos Pediátricos: que são e qual sua importância? Cuidando da criança em todos os momentos [online]. São Paulo: SBP; 2017. [acesso 3 mai 2018]. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2017/03/Medicina-da-Dor-Cuidados-Paliativos.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Medicina-da-Dor-Cuidados-Paliativos.pdf)
8. Himmelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D. Pediatric palliative care. *N Engl J Med.* 2004; 350 (17): 1752-62.

9. Cardona-Morrell M, Hillman K. Development of a tool for defining and identifying the dying patient in hospital: Criteria for Screening and Triaging to Appropriate Alternative care (CriSTAL). *BMJ Support Palliat Care*. 2015; 5(1): 78-90.
10. Carvalho RT, Parsons HA, organizadore. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.
11. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [*online*]. Geneva; 2012. [acesso 3 mai 2018]. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
12. Campbell ML. How to withdraw mechanical ventilation: a systematic review of the literature. *AACN Adv Crit Care*. 2007;18 (4): 397-403
13. Hinkle LJ, Bosslet GT, Torke AM. Factors associated with family satisfaction with end-of-life care in the ICU: a systematic review. *Chest*. 2015; 147 (1): 82-93.
14. Sedillot N, Holzapfel L, Jacquet-Francillon T, Tafaro N, Eskandanian A, Eyraud S, et al. A five-step protocol for withholding and withdrawing of life support in an emergency department: an observational study. *Eur J Emerg Med*. 2008; 15 (3): 145-9.
15. Moritz RD. *Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2012.
16. Moritz R, Deicas A, Capalbo M, Forte DN, Kretser LP, Lago P, et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011; 23 (1): 24-29
17. Curtis JR, Engelberg RA, Bensink ME, Ramsey SD. End-of-life care in the intensive care unit: can we simultaneously increase quality and reduce costs? *Am J Respir Crit Care Med*. 2012; 186 (7): 587-92.
18. Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol*. 2018; 18 (1): 106.
19. Beck S, van de Loo A, Reiter-Theil S. A "little bit illegal"? Withholding and withdrawing of mechanical ventilation in the eyes of German intensive care physicians. *Med Health Care Philos*. 2008; 11 (1): 7-16

20. Robb YA. Ethical considerations relating to terminal weaning in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs.* 1997; 13 (3): 156-62.
21. Kompanje EJO. "Death rattle" after withdrawal of mechanical ventilation: Practical and ethical considerations. *Intensive Crit Care Nurs.* 2006;22(4): 214-9.
22. Schneiderman LJ, Spragg RG. Ethical decisions in discontinuing mechanical ventilation. *N Engl J Med.* 1988; 318 (15): 984-8.
23. Giannini A, Miccinesi G. Mechanical ventilation withdrawal at end of life: terminal extubation and terminal weaning. *Minerva Anesthesiol.* 2017;83(4):350-2.
24. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 1.805/2006. [acesso em 21 ago 2009]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>.
25. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica. Resolução CFM N° 2.217/2019, modificada pelas Resoluções CFM n° 2.222/2018 e 2.226/2019. [acesso em 22 mai 2019]. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index6/?numero=24&edicao=4631#page/2>
26. Pan CX, Platis D, Maw MM, Morris J, Pollack S, Kawai F. How long does (s)he have? Retrospective analysis of outcomes after palliative extubation in elderly, chronically Critically Ill Patients. 2016; 44 (6): 1138-44.
27. Thomasma DC, Brumlik J, DC T, Brumlik J. Ethical issues in the treatment of patients with a remitting vegetative state. *Am J Med.* 1984;77(2): 373-7
28. Diringner MN, Edwards DF, Aiyagari V, Hollingsworth H. Factors associated with withdrawal of mechanical ventilation in a neurology/neurosurgery intensive care unit. *Crit Care Med.* 2001; 29 (9): 1792-7.
29. Huynh TN, Walling AM, Le TX, Kleerup EC, Liu H, Wenger NS. Factors associated with palliative withdrawal of mechanical ventilation and time to death after withdrawal. *J Palliat Med.* 2013; 16 (11): 1368-74.
30. Mahambrey T, Fowler R. What factors are associated with decisions to withdraw mechanical ventilation in the intensive care unit? *CMAJ.* 2004; 170 (4): 466.

31. Sviri S, Garb Y, Stav I, et al. Contradictions in end-of-life decisions for self and other, expressed by relatives of chronically ventilated patients. *J Crit Care*. 2009;24(2):293-301.
32. Bigatello LM, Crimi C. Prolonged respiratory failure: When doctor and family connect, the patient wins. *Crit Care Med*. 2012;40(8): 2505-6.
33. Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, Kenny L. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. *Intensive Care Med*. 2016; 42 (6): 1003-17.
34. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health*. 1997;20(3): 269-74.
35. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res*. 2003;27(2):94-104.
36. Melo GP, Andreto LM, Araújo VMG, Holanda VR. Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de pré-parto, parto e pós-parto. *Rev. Eletr. Enf. [periódico online]*. 2016 [acesso em 21 ago 2009]. 18:e1204. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/40589/22359>

## APÊNDICES

### APÊNDICE I – Carta de Anuência

#### CARTE DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o(a) pesquisador(a) **Flávia Augusta de Orange Lins da Fonseca e Silva**, junto à mestrandia, **Lívia de Kássia Leal Interaminense Olsen**, a desenvolverem o projeto de pesquisa “**Elaboração e validação de protocolo institucional de Extubação Paliativa do IMIP**”, cujo objetivo é complementar os cuidados paliativos dentro das unidades de terapia intensiva desta instituição, via padronização de condutas e cuidados com o paciente em fase de fim de vida.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados, o protocolo deve ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira CEP-IMIP credenciado ao sistema CEP/CONEP.

Recife, 29 de outubro de 2018.

---

Carimbo e Assinatura da Chefia do Setor

## **APÊNDICE II – TCLE**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE EXTUBAÇÃO PALIATIVA DO IMIP**

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, em razão de sua vasta experiência na área de extubação paliativa e plena capacitação para avaliar nosso protocolo. Para que você decida se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências de sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido todo o conteúdo dele. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando a página final deste Termo, de forma eletrônica, caso aceite o convite.

#### **PROPÓSITO DA PESQUISA**

Elaborar e validar um protocolo de Extubação Paliativa do IMIP que seja capaz de fornecer subsídio técnico-prático para a condução deste procedimento nas UTIs adulto, pediátrica e neonatal, além do SPA e emergência pediátrica do IMIP, de forma segura e uniformizada,

respaldado na literatura nacional e internacional sobre o assunto, respeitando a regulamentação da CFM e as orientações do CEM.

## **PROCEDIMENTOS DA PESQUISA**

A primeira etapa do estudo é a revisão de literatura seguida da Elaboração textual do Protocolo em si. Num segundo momento, submetemos o protocolo a um grupo consenso para edições do mesmo via sugestões de profissionais multiprofissionais que trabalham em UTI. Na terceira etapa, e nessa a qual cabe sua participação, é o processo de validação com juízes especialistas do Protocolo elaborado. Vosso nome não será em nenhum momento divulgado e suas sugestões serão analisadas e incorporadas ao protocolo, em caso de discordância e de relevância com alguns itens do mesmo. Conforme acima comentado, os dados coletados, por meio da vossa avaliação, serão mantidos em sigilo e confidencialidade.

## **BENEFÍCIOS**

A elaboração e a validação científica de um instrumento assistencial que será futuramente aplicado pelos profissionais que assistem ao enfermo em fase de fim de vida permitirá melhorias na qualidade de atendimento a esse perfil de doentes nas UTIs, o que condiz com a regulamentação atual de fornecimento de cuidados paliativos integrais ao paciente que está sob o risco de morrer. Em relação aos participantes da etapa de validação do protocolo institucional, os juízes especialistas, terão conhecimento do que está sendo desenvolvido/realizado nos locais longínquos aos seus locais de trabalho, o que proporcionará a troca de conhecimentos inter-regiões e a produção científica em cuidados paliativos inseridos na prática da medicina intensiva, com foco sobre o uso de medidas de suporte avançado à vida, em pacientes em fase terminal de qualquer doença.

## **RISCOS**

Existe um risco mínimo de constrangimento aos juízes especialistas ao fazer a avaliação e sugestões acerca de itens não concordantes, mas possivelmente retornáveis devido à cordialidade da pesquisa e da confidencialidade das respostas. Por se tratar de uma

avaliação de um protocolo institucional, o qual provavelmente será extenso, há risco de perda de tempo, com necessidade de dedicação de algumas horas para a conclusão da pesquisa. Para diminuir tal repercussão aos juízes especialistas, será fornecido um prazo considerável para que possam apreciar o protocolo e responder as fichas de avaliação de forma confortável. Em relação a seguridade dos dados da pesquisa, todas serão transitadas via e-mail, e em caso de material impresso e enviado via Correios®, serão enviados apenas cópias, com os documentos originais mantidos sob responsabilidade do pesquisador e/ou do juiz especialista que requerir material físico.

## **CUSTOS**

Não haverá nenhum custo ao participante dessa pesquisa, no caso dos juízes especialistas. Em caso de algum custo de impressão ou envio de material impresso, este será financiado pelo pesquisador principal.

## **CONFIDENCIALIDADE**

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua avaliação e os seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, resultados da sua avaliação. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

## **PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA**

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você



decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

## **ACESSO AOS RESULTADOS DE EXAMES**

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado à esta pesquisa. Estes resultados serão enviados ao senhor (a) via solicitação dos mesmos. Se tiver interesse, você receberá uma cópia dos mesmos.

## **GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS**

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a pesquisadora responsável, **Flávia Augusta de Orange Lins da Fonseca e Silva**, no número **(81) 99419-7979**, em horário comercial, e sua mestrandia **Lívia de Kássia Leal Interaminense Olsen**, no **(81) 99198-2375**, esse disponível em qualquer horário. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP. **Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos no telefone (81) 2122-4756 e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa, desde que atenda às condutas éticas.**

O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelho, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: (81) 2122-4756 – Email: [comitedeetica@imip.org.br](mailto:comitedeetica@imip.org.br). O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h e 13:30 às 16:00h.

Este termo será enviado via email, junto ao material da pesquisa, e deverá, após a impressão e a assinatura, ser digitalizado e reenviado aos pesquisadores do referido estudo. No caso de participantes com assinatura eletrônica, por favor, retornar a cópia assinada por email.

## **CONSENTIMENTO**

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são os procedimentos a serem realizados, os riscos, os benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer as minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que o meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o processo, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

/ /

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao juiz especialista selecionado acima.

/ /

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo

\_\_\_\_\_  
Data



## **APÊNDICE III – Carta de Apresentação aos Juízes Especialistas**

Caro Juiz Especialista.

Meu nome é Livia de Kássia Leal Interaminense Olsen, sou mestranda do Programa de Pós-graduação *Stricto sensu* do Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos do IMIP.

Venho por meio desta solicitar sua ajuda para conclusão do meu trabalho científico. Trata-se do seguinte estudo:

“Elaboração e Validação do Protocolo Institucional de Extubação Paliativa do IMIP”, sob orientação da Dra. Flávia Orange e co-orientação da Dra. Mirella Rebello.

Foi elaborado um protocolo assistencial em duas versões, completa e simplificada, que visam a orientação das equipes de suporte avançado à vida do nosso serviço, seja nas UTIs ou nas Salas de Reanimação das nossas unidades de Emergência, tanto adulto quanto pediátricas, a suspensão e retirada da ventilação mecânica e demais medidas mantenedoras de vida em pacientes em estágio terminal de doença e sem perspectiva de recuperação da saúde.

A sua participação visa a avaliação, que faz parte do processo de validação, por meio da Escala de Likert, a qual é utilizada para medir opiniões, crenças ou atitudes dos respondentes de um questionário ou instrumento, por meio de uma sequência de afirmações, que permite diferentes graus de concordância. A pontuação para cada critério avaliado será dada da seguinte forma: 5 - concordo totalmente, 4 – concordo, 3 – nem concordo nem discordo, 2 – não concordo e 1 - discordo totalmente.

Ao término da avaliação do protocolo pelo grupo de especialistas, os dados serão tratados e analisados pelo Índice de Validade do Conteúdo (IVC), o qual mede a proporção ou porcentagem de concordância entre especialistas sobre os itens de avaliação do nosso instrumento. Para o cálculo do IVC, adotaremos as pontuações mais elevadas, ou seja, respostas (quatro) concordo e (cinco) concordo totalmente para cada item, divididas pelo número total de especialistas, sendo excluídos os valores de um a três. A taxa de concordância aceitável para essa proporção será de 80% ou superior, efetuando-se as modificações dos itens que não atingiram essa taxa, de acordo com as sugestões dos senhores, os juízes especialistas, sendo então realizada uma nova rodada de avaliação, que é o segundo momento da validação.

Neste email, seguem os seguintes materiais em anexo:

- Protocolo de extubação paliativa do IMIP versão completa;
- Protocolo de extubação paliativa do IMIP versão simplificada;
- Ficha de Avaliação com os critérios a serem julgados pelos Juízes especialistas – Versão completa;
- Ficha de Avaliação com os critérios a serem julgados pelos Juízes especialistas – Versão simplificada;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para inclusão dos Juízes especialistas no estudo.

Tanto as fichas de avaliação quanto o TCLE devem estar identificados, assinados e preenchidos, seja via assinatura virtual ou digitalizados, para análise do material de avaliação e inclusão dos juízes especialistas na pesquisa do referido estudo, respectivamente.

Caso deseje receber o material impresso, enviaremos ao seu endereço, seja comercial ou residências, via Sedex®-Correios, só sendo necessário e envio, via resposta a esse email, do endereço ao qual deverá ser enviado o nosso material.

Em caso de dúvidas ou questionamentos, fico à disposição, por email ou whatsapp, para esclarecimentos e explicações. Seguem meus contatos:

- Email: [livia.interaminense@yahoo.com.br](mailto:livia.interaminense@yahoo.com.br)
- Whatsapp ou telefone para contato: +55-81-991982375.

Desde já, agradeço a sua atenção e participação.

Abraço,

Lívia de Kássia Leal Interaminense Olsen

(Residências Médicas em Clínica Médica/Geriatria/Cuidados Paliativos, com atuação atual na assistência domiciliar (IMIP), Enfermaria de Cuidados Paliativos (Hospital do Câncer de Pernambuco – HCP) e UTI Geral do Hospital Esperança Recife/PE).

**APÊNDICE IV – Protocolo institucional de Extubação Paliativa do IMIP**

**PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE EXTUBAÇÃO  
PALIATIVA DO IMIP**

LÍVIA DE KÁSSIA LEAL INTERAMINENSE OLSEN  
FLÁVIA AUGUSTA DE ORANGE LINS DA FONSECA E SILVA  
ZILDA CAVALCANTI  
MIRELLA REBELLO BEZERRA

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA

– IMIP –

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

**PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE EXTUBAÇÃO  
PALIATIVA DO IMIP**

LÍVIA DE KÁSSIA LEAL INTERAMINENSE OLSEN

FLÁVIA AUGUSTA DE ORANGE LINS DA FONSECA E SILVA

ZILDA DO REGO CAVALCANTI

MIRELLA REBELLO BEZERRA



RECIFE

2018

## ©2019 Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Todos os direitos desta obra são reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida ou utilizada por nenhuma forma ou por qualquer meio, eletrônico ou físico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer sistema de armazenamento e recuperação, exceto por citações breves as quais devem ser atribuídas a publicação correspondente dos autores.

### INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

#### PRESIDENTE DE HONRA

Prof. Fernando Figueira (*In memoriam*)

#### DIRETORIA DO IMIP

Presidente: Sílvia Rissin

Vice-Presidente: Ítalo Rocha Leitão

1º Secretário: Vilneide Maria Santos Braga Diegues Serva

2º Secretário: Paulo Macedo Caldas Bompastor

1º Tesoureiro: Carlos Santos da Figueira

2º Tesoureiro: Alex C. Azevedo

Chefe de Gabinete: Carlos Fernando Asfora

#### SUPERINTENDÊNCIAS DO IMIP

Superintendente Geral: Tereza Campos

Superintendência de Administração e Finanças: Maria Sílvia Vidon

Superintendência de Atenção à Saúde: Fátima Rebêlo

Superintendência de Ensino, Pesquisa e Extensão: Afra Suassuna

#### CONSELHO CIENTÍFICO

Presidente: Bertoldo Kruse Grande de Arruda

Membros: João Guilherme Bezerra Alves, Malaquias Batista Filho, Maria de Fátima Costa Caminha, Gilliatt Hanois Falbo Neto, Geraldo José Ribeiro Furtado, Antonio Cavalcanti Martins, Jailson de Barros Correia e Taciana Duque de Almeida Braga.

#### Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

##### Ficha Catalográfica

---

E37      Elaboração e validação de protocolo institucional de extubação paliativa do IMIP / Lívia de Kássia Leal Interaminense Olsen... [et al.]. – Recife : IMIP, 2019.  
55 p.

ISBN 978-85-5525-023-1

1. Cuidados Paliativos. 2. Extubação. 3. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - Protocolo. I. Olsen, Lívia de Kássia Leal Interaminense. II. Silva, Flávia Augusta de Orange Lins da Fonseca e. III. Cavalcanti, Zilda do Rego. IV. Bezerra, Mirella Rabelo de. V. Título.

CDD 616.029



## **SOBRE AS AUTORAS**

### **Lívia De Kássia Leal Interaminense Olsen**

Residência Médica em Clínica Médica, Geriatria e Medicina Paliativa. Mestrado do programa *Stricto Sensu* de Cuidados Paliativos do IMIP. Atua nas áreas de Clínica Médica, Geriatria, Medicina Paliativa e Medicina Intensiva.

### **Flávia Augusta De Orange Lins Da Fonseca E Silva**

Residência Médica em Anestesiologia. Mestrado Saúde Materno Infantil IMIP 2003. Doutorado Tocoginecologia Universidade Estadual de Campinas (2010) e pós-doutorado Harvard Medical School (2015). Professora pós-graduação IMIP e atuação como anestesiolegista IMIP e UFPE.

### **Zilda do Rego Cavalcanti**

Mestrado Medicina Interna UFPE (2005). Especialização Gerontologia HUOC (2002). Residência Médica Clínica Médica Hospital Ana Nery (1993). Preceptora no programa de Residência Médica Medicina Paliativa do IMIP. Atua como geriatra e paliativista.

### **Mirella Rebelo De Bezerra**

Especialização Clínica Médica e Geriatria. Atuação em Cuidados Paliativos. Coordenadora do Serviço de Assistência aos Cuidados Paliativos IMIP, Supervisora das Residências médicas Geriatria e Medicina Paliativa do IMIP. Atua nas seguintes áreas: clínica médica, geriatria, palição, educação médica.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
APACHE IV	<i>Acute Physiology and Chronic Disease Evaluation IV</i>
BPS	<i>Behavioural Pain Scale</i>
CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DVA	Drogas vasoativas
EAD	Escala Analógica de Dor
EV	Endovenoso
FiO <sub>2</sub>	Fração inspirada de Oxigênio
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IC	Insuficiência Cardíaca
IOT	Intubação Oro-traqueal
KPS	<i>Karnofsky Performance Scale</i>
LET	Limite de Esforço Terapêutico
Mg	Miligramas
O <sub>2</sub>	Oxigênio
PEEP	<i>Positive End Expiratory Pressure</i>
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
RASS	<i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i>
RCP	Reanimação Cardio-Pulmonar
SAPS II	<i>Simplified Acute Physiology II</i>
SAV	Suporte Avançado à Vida
SPA	Serviço de Pronto-Atendimento
SL	Sublingual
TOT	Tubo-Orotraqueal

TER	Terapia de Respiração Espontânea
TSR	Terapia de Substituição Renal
VM	Ventilador mecânico
VMA	Ventilação Mecânica Assistida
VNI	Ventilação Não-Invasiva
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

# SUMÁRIO

PREFÁCIO	9
APRESENTAÇÃO	11
1 OBJETIVOS	16
1.1 Objetivo principal	16
1.2 Objetivos secundários	16
2 DEFINIÇÃO DE TERMOS	17
2.1 Cuidado Paliativo	17
2.2 Paciente com doença terminal	17
2.3 Cuidados de fim de vida	17
2.4 Ortotanásia	17
2.5 Distanásia	18
2.6 Eutanásia	18
2.7 Retirada de suporte avançado de vida	18
2.8 Extubação paliativa	19
3 RECONHECENDO O PACIENTE COM DOENÇA EM FASE TERMINAL	20
3.1 Doenças que ameaçam a vida	20
3.2 Avaliação da funcionalidade prévia ao adoecimento	21
3.3 Como reconhecer a terminalidade em paciente internado na UTI	22
4 PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO	24
4.1 Respeito aos princípios da bioética	24
4.2 Atenção aos aspectos culturais e religiosos	24
4.3 Participação da equipe	25
5 COMUNICAÇÃO E PLANEJAMENTO	28
5.1 Consolidação das estratégias com a equipe	28
5.2 Comunicação com o paciente consciente e capaz	28
5.3 Comunicação de má notícia e planejamento terapêutico	29
6 DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO DAS REUNIÕES E DAS DIRETRIZES DE CUIDADOS	31
7 SEQUÊNCIA DE RETIRADA DE MEDIDAS DE SUPORTE AVANÇADO À VIDA	33
7.1 Terapia de substituição renal/Diálise <sup>26</sup>	33

7.2 Suporte vasopressor	33
7.3 Hemoderivados	34
7.4 Antibioticoterapia	34
7.5 Testes laboratoriais	34
7.6 Fluidos intravenosos	34
7.7 Marca-passo ou cardiodesfibrilador implantável	35
7.8 Monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica	35
7.9 Alimentação artificial	36
7.10 Ventilação mecânica	36
8 AVALIAÇÃO DE SINAIS DE DESCONFORTO <sup>23</sup>	38
8.1 Dor	38
8.2 Agitação	38
8.3 Desconforto respiratório	38
9 PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS POSSÍVEIS SINAIS DE DESCONFORTO ASSOCIADOS A RETIRADA DO TOT <sup>39</sup>	
9.1 Cenário e ambiente	39
9.2 Analgesia	39
9.3 Sedação	40
9.4 Bloqueadores neuromusculares	41
9.5 Prevenção do “ruído da morte” e estridor laríngeo: deve ser iniciada de 12 a 24h antes da retirada do TOT	41
10 RETIRADA DO SUPORTE VENTILATÓRIO/TOT	43
10.1 Seis horas antes	43
10.2 Trinta minutos antes: reavaliação e prevenção	44
10.3 Retirada da VMA/TOT	45
11 FLUXO DO PACIENTE PÓS-EXTUBAÇÃO PALIATIVA	46
REFERÊNCIAS	47
ANEXO 1 – Avaliação da Funcionalidade	51
ANEXO 2 – Avaliação da Dor	55
ANEXO 3 – Avaliação da Agitação	56
ANEXO 4 – Avaliação do Desconforto Respiratório	57



## PREFÁCIO

Morte, imponente e assustadora. Ao longo da história, a morte é uma inimiga, um fim. A última estação, em que você desembarca sozinho, porque até as malas que restaram foram extraviadas.

E, do outro lado, a Medicina, brigando com a morte. Medicina guerreira que há milênios luta para compreender e proteger vidas, encontrando, no caminho, respostas que nem sempre são desejadas. Mas algo que precisa-se descobrir é que a morte faz parte da vida e não é uma inimiga. Proteger a vida é viver com qualidade até a hora derradeira, e, então, acolher a morte certa com sabedoria e resignação.

É nesse contexto que este protocolo se apresenta, como um marco na história dos cuidados paliativos em Pernambuco. Um roteiro construído por muitas mãos que trabalham, por muitas almas que se comprometem e por muitos corações que amam.

A vida segue. A morte chega. As doenças têm histórias naturais e, ao final, um mecanismo de morte, um fim, que também faz parte da história e que pode ser conhecido e previsto. Ao reconhecer que a vida chegou ao fim, temos a oportunidade de cuidar das pessoas que estão morrendo de forma digna e proporcional. Neste momento, tenhamos a coragem para acolher a morte e a tranquilidade para continuar cuidando das pessoas. Retirar o suporte artificial de vida e, portanto, a ventilação mecânica, deixando que a doença siga sua história natural, quando não há mais possibilidade de reversão à vida, é um ato de compromisso e amor.

Esses valores fazem parte da filosofia dos cuidados paliativos e motivaram a construção deste protocolo. Que ele possa ser seguido e praticado por tantas outras pessoas e que se traduza em acolhimento amoroso àqueles que se despedem da vida e aos que entregam pessoas amadas com saudade e tristeza no coração.

Este protocolo é um sonho realizado, um caminho que ajudará pessoas a cuidarem de outras, uma esperança para aqueles que terão o seu sofrimento abrandado.

Que a vida siga, que a morte chegue, que enquanto a jornada durar, possamos seguir juntos, guardados dignamente na história da humanidade e no coração daqueles que amamos.

Que assim seja!

Zilda do Rego Cavalcanti



## **APRESENTAÇÃO**

O presente protocolo debruça-se sobre a integralização da extubação paliativa dentro da proposta de cuidados paliativos oferecida ao paciente com doença em estágio terminal, que se encontra internado nas unidades de suporte avançado à vida. Apresenta um roteiro assistencial guiado pela literatura internacional e nacional, adaptado à realidade da instituição e que deverá ser conduzido pela equipe multidisciplinar da unidade, com o objetivo de adequar a realização da extubação paliativa e suspensão das demais medidas de suporte avançado a vida, condizentes com as resoluções e códigos éticos vigentes. Alguns conceitos teóricos e práticos são expostos com o intuito de aperfeiçoar a compreensão sobre a importância da integralização dos cuidados paliativos dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), assim como nas emergências, o que agrega benefícios ao paciente, aos familiares e à própria equipe. Validado por especialistas na área, este protocolo poderá ser utilizado como instrumento de ensino para os profissionais residentes e acadêmicos que estagiam nas referidas unidades.

**CONSIDERANDO a Resolução N° 7, 24 de fevereiro de 2010 – Ministério da Saúde,** onde define no **Art. 4, parágrafo XXVI**, que a UTI é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia;

**CONSIDERANDO a Resolução 2.156/2016 – Conselho Federal de Medicina (CFM), art 10,** que determina os critérios de alta da UTI, especifica o **item b**): Paciente para o qual tenha se esgotado todo o arsenal terapêutico curativo/restaurativo e que possa permanecer no ambiente hospitalar fora da UTI de maneira digna e, se possível, junto com sua família;

**CONSIDERANDO a Resolução N° 7, 24 de fevereiro de 2010 – Ministério da Saúde,** que regulamenta o funcionamento das UTIs, orienta o **Art. 24, parágrafo I**: a preservação da identidade e privacidade do paciente, assegurando um ambiente de respeito e dignidade; **II**: fornecimento de orientações aos familiares e aos pacientes, quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde e a assistência a ser prestada, desde a admissão até a alta; **III**: ações de humanização da atenção à saúde; **IV**: promoção de ambiência acolhedora; **V**: incentivo à participação da família na atenção ao doente, quando pertinente;

**CONSIDERANDO a Resolução N° 7, 24 de fevereiro de 2010 – Ministério da Saúde** sob a regulamentação das UTIs, define o **Art. 4, parágrafo IX**: a humanização da atenção à saúde como a valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão em saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito as questões de gênero, etnia, raça, religião, cultura, orientação sexual e às populações específicas;

**CONSIDERANDO a Resolução 1805/2006 – CFM, Art. 1°** que dispõe a permissão ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prologuem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal, com as seguintes observações: **1°** *O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou representante legal as modalidades terapêuticas*

*adequadas para cada situação;§ 2ºA decisão deferida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário;§ 3ºÉ assegurado ao doente ou representante legal o direito de solicitar segunda opinião médica;§ 4ºEm se tratando de doente incapaz, ausente o representante legal, incumbirá ao médico decidir sobre as medidas mencionadas no caput deste artigo. E Art. 2 que dispõe que o doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social, espiritual, inclusive assegurando a ele o direito de alta hospitalar;*

**CONSIDERANDO** o Código de Ética Médica – 24 de setembro de 2009, o qual dispõe no parágrafo **XXII** – *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. Art. 41, Parágrafo único* – *Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal;*

**CONSIDERANDO** o Código Penal Brasileiro – Lei nº 2.848, 7 de dezembro de 1940 que tipifica como crime (homicídio) o ato de matar alguém, instigar ou induzir ao suicídio e deixar de prestar assistência, conforme disposto no **Art. 121** – Matar alguém: § 1º *Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob domínio de violenta emoção, logo em seguida a injustiça provocada pela vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço. Art. 122* – *Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça. Art. 135* – *Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro a autoridade pública;*

**CONSIDERANDO** a Declaração Universal dos Direitos do Homem(1948), no artigo V, que “ninguém será submetido a tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante”;

**CONSIDERANDO** a **Constituição Federal de 1988**, no **Art. 5º, Parágrafo III**, ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

**CONSIDERANDO** que não exista uma lei específica sobre a ortotanásia no país, a Resolução 1805/2006 do CFM foi julgada pela 14º Vara S da Seção Judiciária do Distrito Federal do **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, no **PROCESSO N°: 2007.34.00.0148093**. A Sentença final estabelece que: “Nossa posição se resume, brevemente, em três premissas: 1) o CFM tem competência para editar a Resolução nº 1805/2006, que não versa sobre direito penal e, sim, sobre ética médica e consequências disciplinares; 2) a ortotanásia não constitui crime de homicídio, interpretado o Código Penal à luz da Constituição Federal; 3) a edição da Resolução nº 1805/2006 não determinou modificação significativa no dia-a-dia dos médicos que lidam com pacientes terminais, não gerando, os efeitos danosos propugnados pela inicial; 4) a Resolução nº 1805/2006 deve, ao contrário, incentivar médicos a descreverem exatamente os procedimentos que adotam e os que deixam de adotar, em relação aos pacientes terminais, permitindo maior transparência e possibilitando maior controle da atividade médica. (trecho Parecer CoBi nº 001/2017 – Parecer preliminar sobre extubação paliativa em pacientes em fim de vida na UTI – Disponível em: [//www.hc.fm.usp.br/images/pdf/dc/cobi/parecer](http://www.hc.fm.usp.br/images/pdf/dc/cobi/parecer));

**CONSIDERANDO** que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

**CONSIDERANDO** a **Resolução N° 7, 24 de fevereiro de 2010 – Ministério da Saúde**, que dispõe no **Art. 4, parágrafo V** a necessidade da educação continuada em estabelecimento de saúde, com processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento obtido formalmente, no âmbito institucional ou fora dele;

**CONSIDERANDO** que o IMIP é uma instituição que preza pela excelência no atendimento ao paciente na sua integralidade, é referência em ensino por se tratar de uma instituição formadora de profissionais qualificados, apresentamos:

**PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE EXTUBAÇÃO PALIATIVA DO  
INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO  
FIGUEIRA – IMIP**

# **1 OBJETIVOS**

## **1.1 Objetivo principal**

Fornecer subsídio técnico-prático para proceder a extubação paliativa nas UTIs e nos setores de emergência adulto e pediátrica do IMIP, de forma segura e uniformizada, por meio de um protocolo elaborado pela equipe de cuidados paliativos, baseado na experiência clínica dessa equipe e respaldada na literatura nacional e internacional sobre o assunto.

## **1.2 Objetivos secundários**

- Esclarecer aos profissionais das diversas áreas da assistência à saúde do paciente em fase terminal da doença, em ambiente de UTI ou emergência, sobre o que é extubação paliativa e como realizá-la;
- Enumerar quais pacientes se beneficiam e em quais situações está indicada a extubação paliativa;
- Esclarecer como se dá o processo de tomada de decisões no final da vida, quem deve participar e como registrar tais decisões no prontuário;
- Elucidar a prática como legal, dentro das orientações do Código de Ética Médica e sob o respaldo do Conselho Federal de Medicina e suas resoluções;
- Orientar para que haja uma comunicação adequada na unidade de cuidados intensivos e de suporte avançado a vida;
- Enumerar as demais medidas de suporte mantenedor da vida que devem ser suspensas ou limitadas em conjunto com a extubação paliativa;
- Disseminar o conhecimento científico nas áreas de cuidados paliativos e extubação paliativa, dentro das unidades de suporte avançado à vida.

## **2 DEFINIÇÃO DE TERMOS**

### **2.1 Cuidado Paliativo**

É uma forma de abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e dos seus familiares que enfrentam doenças ameaçadoras à vida, por meio da prevenção, identificação e do tratamento precoces dos sintomas de sofrimento físico, psíquico, espiritual e social. Deve ser prestado a todos os pacientes, em concomitância com os cuidados modificadores do curso da doença, sendo a intensidade individualizada de acordo com as necessidades, com os desejos dos pacientes e dos seus familiares, e com a evolução própria de cada doença<sup>1</sup>.

### **2.2 Paciente com doença terminal**

É o paciente gravemente doente, ou com moléstia grave, irreversível, que não responde a nenhuma terapêutica conhecida e que se encontra em processo cujo desfecho será a morte, podendo ter, em geral, até seis meses de vida<sup>2</sup>.

### **2.3 Cuidados de fim de vida**

É o tipo de tratamento que deve ser ofertado ao paciente cujo prognóstico de sobrevida é de 72h a uma semana. Utilizado pelas especialidades médicas para o correto manejo de sinais e sintomas apresentados, levando em conta a história natural da doença, a avaliação prognóstica contínua e seu impacto sobre o estado funcional e qualidade de vida do paciente<sup>2</sup>.

### **2.4 Ortotanásia**

Ortotanásia é uma palavra de origem grega, *orthos* significa correta e *thánathos* – morte, faz referência à conduta que os médicos tomam quando – ao ver que o estado clínico do paciente é irreversível e que sua morte é certa – permitem que o paciente faleça, a fim de poupar-lhe de mais sofrimento<sup>3</sup>. Pode-se concluir que é a atuação correta frente à morte, a abordagem adequada diante de um paciente que está morrendo<sup>4</sup>.

## 2.5 Distanásia

Palavra de origem grega, *dis* – mal e *thánathos* – morte, distanásia é o nome dado à prática de se prolongar a vida, fazendo-se uso de aparelhos ou fármacos, muitas vezes em prejuízo do conforto do paciente. A manutenção da vida passa a ser prioridade em relação à qualidade de vida. A longanimidade é vista como o único fim<sup>3</sup>. A distanásia pode ser entendida como o prolongamento do processo de morte.

## 2.6 Eutanásia

A palavra eutanásia é de origem grega, *eu* – bom e *thánathos* – morte, é a ação de interromper ativamente a vida do paciente, priorizando sua dignidade, ao tentar reduzir seu sofrimento, em detrimento de sua longanimidade<sup>3</sup>.

Quem pratica a eutanásia, segundo o art. 121 do Código Penal<sup>4</sup> brasileiro, mata uma pessoa, pois realiza uma conduta de ação que se tipifica como crime (comissivo, que demanda uma ação – eutanásia ativa). Pode também ser enquadrada como auxílio ao suicídio – art.122, visto que se traduz em uma ação ao “induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça”. A eutanásia também pode ser omissiva (eutanásia passiva), ou seja, deixar de fazer algo que deveria ser feito para permitir a morte do paciente, por piedade<sup>5</sup>, pois o agente tem a possibilidade e o dever de evitar a morte, mas nada faz para evitá-la. Em resumo, se há esperada reversibilidade e possível transitoriedade na situação do paciente, a conduta de “deixá-lo morrer” tipificará “homicídio por omissão”, se o médico não agir para evitar o resultado<sup>5</sup>.

Por essas razões, muitas vezes a ortotanásia é confundida com a eutanásia, sendo o principal fator de desconforto entre os médicos, perante a instituição dos cuidados paliativos. Porém, quando diante de uma doença em fase terminal e irreversível, o “deixar morrer”, seja por meio de suspensão ou Limite de Esforço Terapêutico (LET), não é o mesmo que matar (conduta de ação) e não tipifica o homicídio (“matar alguém”)<sup>5</sup>.

## 2.7 Retirada de suporte avançado de vida



Destina-se à suspensão de terapias artificiais que estão sendo aplicadas de forma a manter a vida do paciente de maneira obstinada e sem nenhuma qualidade de vida. Com a retirada de tais tratamentos, principalmente aparelhos e drogas, é permitido ao paciente a morte, de forma natural, já que a cura não é mais possível.<sup>6</sup>

## **2.8 Extubação paliativa**

É o termo utilizado para denotar o procedimento de retirada do suporte ventilatório especificamente, seja Ventilação Mecânica Assistida (VMA) ou Ventilação Não Invasiva (VNI), de um paciente que é expectado falecer, logo após a retirada de tal suporte<sup>7</sup>.

### **3 RECONHECENDO O PACIENTE COM DOENÇA EM FASE TERMINAL**

#### **3.1 Doenças que ameaçam a vida**

Em pacientes adultos, existe um extenso número de doenças crônicas que ameaçam a vida, mas em muitas delas a realidade da proximidade da morte é ainda maior, como segue a lista abaixo<sup>8</sup>:

- a) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA);
- b) Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA);
- c) Demências e delirium hipoativo persistente;
- d) Síndrome da imobilidade;
- e) Insuficiências orgânicas não passíveis de substituição por máquina ou transplante;
- f) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC);
- g) Encefalopatia anóxica;
- h) Neoplasia maligna avançada ou metastática

Em pacientes pediátricos, o perfil das doenças muda, mas elas também existem e precisam dos cuidados paliativos, desde o seu diagnóstico. Quando presentes nos pacientes pediátricos internados nos leitos de UTI, limitam suas chances de recuperação e muitas vezes contribuem drasticamente para o óbito do paciente. Seguem abaixo as características desse perfil de doenças e como é possível identifica-las<sup>9</sup>:

<b><u>Condições Elegíveis para Cuidados Paliativos em Crianças</u></b>	
➤ <i>Condições para as quais a cura é possível, mas pode falhar</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Câncer avançado, progressivo ou de mau prognóstico;</li> <li>– Cardiopatias congênitas ou adquiridas complexas;</li> <li>– Anormalidades complexas e graves das vias aéreas;</li> <li>– Falência de órgãos com potencial indicação para transplante.</li> </ul>
➤ <i>Condições que requerem tratamento complexo e prolongado</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– HIV/AIDS;</li> <li>– Fibrose cística;</li> <li>– Anemia Falciforme;</li> <li>– Malformações graves do trato digestivo (por exemplo, gastrosquise);</li> <li>– Epidermólise bolhosa grave;</li> <li>– Imunodeficiências congênitas graves;</li> <li>– Insuficiência renal crônica;</li> <li>– Insuficiência respiratória crônica ou grave;</li> <li>– Doenças neuromusculares;</li> <li>– Transplante de órgãos sólidos ou de medula óssea.</li> </ul>
➤ <i>Condições em que o tratamento é paliativo, desde o diagnóstico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Doenças metabólicas progressivas;</li> <li>– Algumas anormalidades cromossômicas como trissomias do 13 e 18;</li> <li>– Formas graves de osteogênese imperfeita;</li> </ul>
➤ <i>Condições incapacitantes graves e não progressivas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Paralisia cerebral grave;</li> <li>– Prematuridade extrema;</li> <li>– Sequelas neurológicas graves de infecções;</li> <li>– Anóxia grave;</li> <li>– Trauma grave de sistema nervoso central;</li> <li>– Malformações cérebro-espinhais graves.</li> </ul>

Tabela 1. Adaptação Cuidados Paliativos Pediátricos: o que são e qual a sua importância? Cuidando da criança em todos os momentos

### **3.2 Avaliação da funcionalidade prévia ao adoecimento**

A avaliação da funcionalidade prévia, principalmente em pacientes oncológicos e geriátricos é utilizada para avaliar a tolerância do paciente aos tratamentos aos quais ele será submetido. Em pacientes criticamente enfermos, é difícil tal aplicabilidade, por isso deve ser aplicada retrospectivamente, via entrevista com os familiares, por meio do questionamento dos itens, de acordo com o *status* do paciente antes da agudização da doença ou intercorrência aguda. Pode-se utilizar as seguintes escalas para avaliação da funcionalidade (escalas, na íntegra, em anexo, ao final do protocolo):

- Escala de Performance de Karnofsky (KPS)<sup>10</sup>;

- *Paliative Performance Status (PPS)*<sup>8</sup>;
- Estadiamento de Avaliação Funcional – *Functional Assesment Scale (FAST)*<sup>10</sup>;
- Escala de *Performance Status* em Pediatria – Lansky<sup>9</sup>.

A primeira escala e a de Lansky são geralmente utilizadas em pacientes oncológicos e a PPS, em pacientes sob cuidados paliativos. Doença avançada e declínio funcional para menos de 60% denota sobrevida média de 6 meses<sup>10</sup>, com uma provável evolução desfavorável às terapias invasivas e com risco alto de efeitos adversos, como os tratamentos oferecidos no ambiente de UTI e as quimioterapias. O FAST é utilizado para avaliar funcionalidade em pacientes dementados e pacientes com nota igual ou maior a 6A, tem risco de óbito próximo a 40% em seis meses<sup>10</sup>.

### **3.3 Como reconhecer a terminalidade em paciente internado na UTI**

Para reconhecer esse estágio, é necessário saber os seguintes dados<sup>10</sup>:

- a) História natural da doença ou grupo de doenças;
- b) Capacidade funcional/avaliação da fragilidade do paciente:
  - a. Idade avançada;
  - b. Comorbidades;
  - c. Situação nutricional comprometida;
  - d. Internações prévias em UTI.
- c) Progressão da doença, apesar do tratamento instituído;
- d) Reversibilidade pode levar a um sofrimento inapropriado;
- e) Presença de fatores de mau prognóstico:
  - a. Choque refratário;
  - b. Piora clínica, apesar otimização terapêutica;
  - c. Sem condições de desmame de tratamentos invasivos.
- f) Evidência de doença extensa ou presença de duas ou mais falências orgânicas irreversíveis.

No ambiente de terapia intensiva, os critérios abaixo auxiliam a equipe a priorizar a terapia paliativa no lugar dos cuidados intensivos<sup>1</sup>:

- a) Duas ou mais admissões na UTI no mesmo internamento;

- b) Admissão hospitalar proveniente de instituição de média e longa duração (*home care*, lar geriátrico, serviços de assistência domiciliar);
- c) Tempo prolongado de ventilação mecânica ou falha na tentativa de desmame ou extubação convencional;
- d) Falência multiorgânica;
- e) Candidatos à suspensão de suporte ventilatório com possibilidade consequente de óbito.

Nas UTIs, é comum que o paciente não percorra todas as etapas de uma doença crônica que o leva a morte, só na sua fase terminal. Por vezes, nem portador de doença crônica o é, sendo admitido na unidade por agravo agudo, geralmente potencialmente reversível. Mas devido às múltiplas complicações da doença ou até mesmo das próprias terapias instituídas no ambiente de UTI, o paciente acaba por se encontrar em um estágio avançado de doença, irreversível e com comprometimento importante da funcionalidade, com seu prognóstico de vida tendo sido definido em dias, há semanas.

## **4 PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO**

### **4.1 Respeito aos princípios da bioética**

A Bioética destina-se ao estudo sistemático da conduta humana, das dimensões morais, das ciências da vida e dos cuidados da saúde e deve ser respeitada sempre, se o tratamento a ser instituído ou retirado interferir, diretamente ou não, na saúde e dignidade do paciente. A Princiologia da Bioética visa a preservação da dignidade humana e baseia-se em quatro princípios fundamentais<sup>11</sup>:

- a) **Autonomia:** competência humana de dar-se as próprias leis, ou seja, capacidade de fazer as próprias escolhas. É o princípio de maior relevância para a bioética;
- b) **Beneficência:** fazer o bem, a caridade. Estabelece a obrigação moral de agir em benefício do outro. A beneficência é vista de forma negativa por muitos, por evocar o paternalismo médico;
- c) **Não maleficência:** é não fazer o mal, implica o dever de abster-se de fazer o mal aos pacientes, quaisquer que sejam, de não causar lesões ou expô-los a riscos. Em pacientes em fase terminal de vida, a não maleficência sobrepõe-se ao princípio da beneficência, pois o risco de fazer o mal, com determinadas terapias, é maior que o benefício que esse princípio – teoricamente – pode oferecer;
- d) **Justiça:** distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais. A justiça defende o direito de todas as pessoas, tanto no que se refere à sua condição de seres humanos, quanto no que concerne à obtenção igualitária de assistência e à luta pela distribuição dos limitados recursos à saúde e do máximo de benefícios para a comunidade.

Vale ressaltar que a extubação paliativa deve ser uma opção e não uma obrigação. Não deve ser pensada no sentido de liberar leitos ou restringir custos. O objetivo maior é sempre proporcionar o cuidado, a permissão do seguimento da história natural daquela doença e o acolhimento do mecanismo de morte relacionado. Como objetivo final deve-se atingir a integralidade do cuidado, visando a morte digna e o acolhimento dos familiares.

### **4.2 Atenção aos aspectos culturais e religiosos**

A cultura influencia o perfil de enfrentamento e as relações que o paciente e/ou seus familiares apresentam em momentos de gravidade e com ameaça real de morte<sup>12</sup>. A relação médico-paciente é um exemplo disso e baseia-se nos seguintes modelos:

- a) Paternalista: trata-se da obediência irrestrita do paciente às orientações médicas, nas quais cabe apenas ao médico o poder de definir os melhores tratamentos para o paciente<sup>13</sup>;
- b) Informativo: quando o paciente e/ou familiares recebem todas as informações acerca dos tratamentos disponíveis, e a partir de então é escolhido aquele que lhes pareçam ser a melhor opção<sup>1</sup>;
- c) Deliberativo/compartilhado: quando as informações são repassadas, porém a decisão sobre a melhor opção de tratamento, definida pelo médico-assistente, é compartilhada, em concordância com o paciente/familiar ou responsável<sup>10</sup>.

Não há um formato mais correto que o outro, mas a partir da análise do contexto social, familiar e cultural do paciente em questão, deve-se escolher o melhor modelo que se adeque àquela realidade, sempre priorizando a decisão compartilhada.

A religião também influencia no processo de tomada de decisão<sup>14</sup>. Entre os católicos acredita-se que a morte é a transição para a ressurreição, e o destino após a mesma pode ser o céu ou o inferno, dependendo das condutas da vida<sup>15</sup>. A ortotanásia é vista como algo natural, pois a morte exprime a aceitação da condição humana<sup>16</sup> e faz-se necessário que o homem reconheça e aceite a própria realidade e os próprios limites. Em relação a eutanásia, a Igreja repudia a morte provocada, pois a conceitua como uma violação da Lei Divina, uma ofensa à dignidade humana, um crime contra a vida e um atentando contra a humanidade<sup>16</sup>. A partir dos princípios evangélicos, o homem tem o direito a uma morte humana, pois é o último acontecimento importante da sua vida<sup>15</sup>. Já o Espiritismo é favorável a uma morte natural, a que ocorre no tempo certo, no respeito à autonomia, às crenças, aos medos, e visando atender os desejos do paciente. Devem ser ofertadas as medidas de conforto físico e espiritual, possibilitando morrer sem dor e viver com dignidade os últimos dias de vida terrena<sup>15</sup>.

### **4.3 Participação da equipe**

Apesar do diagnóstico e prescrição de tratamentos fazerem parte do ato médico, a deliberação de cuidados paliativos demanda a participação de todos os integrantes da equipe da unidade, ou seja, médico plantonista e diarista, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, enfermeiro e psicólogo, além de outros profissionais de nível superior que trabalham no setor.

O planejamento terapêutico deve ser definido durante reuniões multidisciplinares da unidade, com a concordância de todos acerca da irreversibilidade do quadro e da terminalidade da doença que afeta o paciente<sup>17</sup>, quando a partir de então a opção pela retirada do Suporte Avançado à Vida (SAV) pode ser apresentada à família e/ou ao paciente, se apto, como uma forma de complementar os cuidados paliativos. Lembrar que a confusão de conceitos, tanto na área médica quanto nas demais áreas de assistência à saúde ao paciente crítico, leva a má interpretação de que a retirada do suporte mantenedor de vida, principalmente a extubação paliativa, é uma forma de eutanásia, com a antecipação da morte e provável crime. Por isso, é importante realizar ações de educação continuada, sobre cuidados paliativos – incluindo os cuidados de fim de vida, para a toda a equipe assistencial<sup>18</sup>.

Com todos os fatores destacados acima, deve-se sempre ter em mente que a indicação terapêutica provém do médico junto à sua equipe, pois há uma preparação acadêmica e ética para tal<sup>19</sup>. Faz parte da rotina médica a informação continuada ao paciente ou familiar, a evolução da doença do paciente e aquilo que há de melhor para oferecê-lo, sendo sempre explicadas as respostas esperadas, a partir de cada tratamento instituído ou previsto para ser instituído<sup>13</sup>.

A transição de cuidados restaurativos para cuidados de fim de vida e, com isso, a limitação/suspensão de medidas de suporte mantenedor de vida, com provável evolução ao óbito em menor intervalo de tempo, não deve ser oferecida como um *checklist*, no qual marca-se os itens que serão retirados, ou não mais ofertados ao paciente. Por isso, deve ser apresentada como a instituição de cuidados integrais e contínuos que prioriza o conforto do paciente, com tratamento ativo e rápido dos sinais de sofrimento, quer seja com drogas e apoio multidisciplinar, quer seja com a limitação ou suspensão de terapias fúteis que condicionam o paciente ao sofrimento.

Tais diretrizes de cuidados serão sempre baseadas nas resoluções bioéticas e códigos de ética médica que fomentam a legalidade dessas ações, sempre de comum



acordo e com a participação ativa da família, e até mesmo do paciente, se possível, no processo de tomada de decisão compartilhada.

## **5 COMUNICAÇÃO E PLANEJAMENTO**

### **5.1 Consolidação das estratégias com a equipe**

Alguns pontos-chave devem estar bem firmados dentro da equipe da unidade, antes da reunião com a família do paciente<sup>10</sup>, onde será abordada a suspensão de medidas de suporte à vida, como segue abaixo:

- a) Conhecer bem a história da doença atual, sua evolução e prognóstico, além da condição de saúde e funcionalidade prévia do paciente;
- b) Manter uma rotina de atualização de informações diárias, de forma clara e objetiva, centradas em um ou dois locutores (diminuir o risco de vieses ou falhas), utilizando-se da sinceridade e serenidade, para instituição de um vínculo de confiança;
- c) Ter segurança na indicação médica de cuidados paliativos exclusivos para o paciente em questão, após consulta e discussão com a equipe multidisciplinar, conforme referido acima;
- d) Identificar familiar(es) ou um representante legal responsável pelo paciente – se esse não existir, pode-se utilizar a seguinte escala de hierarquia para responder pelo paciente: cônjuge > filhos > pais > irmãos > sobrinhos > amigos. Na pediatria, os pais ou responsáveis tutelares devem responder pelo paciente<sup>20</sup>;
- e) Convidar membros da equipe multidisciplinar (enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo ou assistente social) a participar da reunião familiar, estando todos sincronizados quanto à condução do caso e aos cuidados a serem oferecidos ao paciente, conforme o plano terapêutico que será traçado.

### **5.2 Comunicação com o paciente consciente e capaz**

- a) A equipe de saúde deve realizar uma comunicação direta com o paciente, perguntar se ele está ciente da proposta de retirada de suporte ventilatório e de acordo com tal conduta;
- b) A manifestação do paciente deve ser de forma positiva (aceno com a cabeça, elevação do polegar etc.) e confirmada por, no mínimo, duas vezes;

- c) Sintomas que possam interferir com a percepção do estado de saúde (dor, dispneia, náuseas, depressão, ansiedade) devem estar bem controlados, antes de optar pela realização da retirada do suporte ventilatório;
- d) A equipe de saúde deve contar com a avaliação multidisciplinar, avaliando aspectos emocionais, sociais, financeiros que possam influenciar a tomada de decisão do paciente;
- e) Em casos de suspeita de depressão com ideias suicidas, a avaliação de um médico psiquiatra faz-se necessária.

### **5.3 Comunicação de má notícia e planejamento terapêutico**

Atualmente, existem vários protocolos com o objetivo de otimizar a comunicação de más notícias sobre a saúde do paciente. , Nenhum deles, porém, é validado no Brasil. Devido a experiência do grupo e maior difusão na oncologia, sugerimos o protocolo SPIKES<sup>21</sup> como base para orientar a estruturação da conversa sobre más notícias e tomada de decisões no fim de vida.

Deve-se discutir com a família ou com o paciente a interrupção de outros tratamentos não associados à medidas de conforto, como drogas vasoativas, nutrição/hidratação artificial, antibióticos e diálise. É importante assegurá-los que não há nenhuma razão médica ou ética para continuarem esses tratamentos, uma vez que a retirada da ventilação mecânica for considerada<sup>22</sup>.

Em ambas as abordagens, a presença da equipe é essencial, devendo participar ao menos um membro de cada equipe (UTI e assistente), com obrigatoriedade da participação do médico-assistente ou de seu representante (residente), de um psicólogo, de um assistente social ou do fisioterapeuta da unidade, onde o paciente se encontra.

A participação da equipe de Cuidados Paliativos se fará presente durante o período de treinamento e instituição do protocolo, com enfoque educacional e temporário. Após esse período, o qual ainda será determinado, a participação do membro da equipe dos Cuidados Paliativos deverá ser solicitada em casos excepcionais, de maior complexidade sintomatológica ou de difícil resolução no processo de tomada de decisão.

Para a retirada do suporte ventilatório, as seguintes questões devem ser abordadas com a família e com o próprio paciente, quando esse for capaz<sup>23,24</sup>:

- a) O resultado potencial da retirada do ventilador: morte em poucos minutos, em horas, em dias, ou até mesmo uma estabilização do quadro, que inclui a possibilidade de alta hospitalar. Geralmente pela natureza da doença e da dependência que o paciente está da ventilação mecânica, é possível prever qual a categoria que será expectada, porém algum grau de incerteza prognóstica sempre existirá;
- b) Descreva o procedimento de retirada do ventilador em termos claros, simples e responda a quaisquer perguntas, além de dar orientações sobre o uso de oxigênio e medicações para controlar os sintomas. Deve-se falar da possibilidade de sinais de falta de ar, mas que esses serão gerenciados. Informe também sobre a necessidade de manutenção da sedação para o controle de sintomas e que a respiração ruidosa, irregular ou ofegante (conhecida como “respiração agônica” ou “*death rattle*”) não reflete necessariamente em sofrimento ao paciente, pois pode fazer parte do processo de morte, e que o ajuste de sedação não a cessará;
- c) A decisão da família deve ser apoiada, pois a decisão definitiva para a retirada do ventilador é sempre carregada de emoção. O apoio de toda a equipe multiprofissional é crucial, já que os membros da família irão questionar os profissionais sobre a decisão, afim de assegurar-lhes que eles estão “fazendo a coisa certa”.

## 6 DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO DAS REUNIÕES E DAS DIRETRIZES DE CUIDADOS

Todas as discussões de equipe, as definições de plano terapêutico e as reuniões familiares devem ser registradas em prontuário objetivamente detalhadas. As ações paliativas e o manejo dos sintomas também devem ser anotados de forma clara e com suas respectivas justificativas.

Sugere-se registrar de maneira simples, objetiva e clara, como no exemplo a seguir:

“o sr. \_\_\_\_\_ apresenta a *doença X*, em estágio avançado, associado a *tais comorbidades* e baixa funcionalidade (PPS x %). Por isso, priorizaremos medidas de conforto (*citar quais sejam, analgesia, ansiolíticos, antieméticos, sedativos etc.*) e suspenderemos medidas obstinadas (*informar quais serão, tais como: substituição da função renal, suporte vasopressor, antibioticoterapia, testes laboratoriais, fluidos intravenosos, marca-passo ou cardiodesfibrilador implantável, monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica, alimentação artificial, ventilação mecânica etc.*). Para tanto, realizamos reunião de família com a sra. \_\_\_\_\_ (*informar o parentesco*), o sr. \_\_\_\_\_ (*informar o parentesco*) e o sr. \_\_\_\_\_ (*informar o parentesco*) que concordaram com as condutas acima descritas.”

Os trechos em itálico e sublinhados devem ser trocados pelos dados do paciente e dos seus familiares.

Para uma maior segurança, tanto para a equipe quanto para os familiares que participam do processo de tomada de decisão, é fundamental a realização de pelo menos duas reuniões entre a equipe e os familiares para a discussão da extubação paliativa e demais suspensão de medidas de suporte avançado. Essas reuniões devem sempre contar com a participação de um médico da unidade ou assistente e um profissional da equipe multidisciplinar da UTI (enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo ou assistente social), além da presença de residentes ou acadêmicos das diversas áreas que estagiam no setor, como parte do processo de educação continuada das unidades.

Em relação a formalização em prontuário, o CFM orienta apenas a descrição dos procedimentos a serem realizados em detalhes, no prontuário, o nome e grau de parentesco dos participantes da reunião familiar (conforme explicitado acima) e o carimbo e assinatura do médico-assistente ou do responsável pelo paciente na UTI<sup>25</sup>. Por

medida de segurança jurídica, devido ao fato de não haver uma legislação específica sobre a ortotanásia e cuidados de fim de vida na Constituição Federal de 1988 e nem no Código Penal de 1941, orienta-se a assinatura de pelo menos duas testemunhas, incluindo familiares e profissionais da equipe de saúde, após os registros das reuniões que abordam a retirada de medidas de suporte mantenedores de vida.

## **7 SEQUÊNCIA DE RETIRADA DE MEDIDAS DE SUPORTE AVANÇADO À VIDA**

As seguintes medidas de suporte avançado à vida devem ser suspensas ou limitadas junto com a decisão de extubação paliativa. Em cada tópico, será descrito os possíveis sinais de desconforto e as respectivas medidas corretivas.

### **7.1 Terapia de substituição renal/Diálise<sup>26</sup>**

- Hipervolemia dispneia: restrição de fluidos parenterais, sem restringir a ingesta oral, a qual é ofertada, de acordo com o desejo do paciente. Administração de opioides, oxigenioterapia ou uso de vasodilatadores orais ou tópicos;
  - Uremia: Prurido: uso de emolientes e anti-histamínicos;
  - Mucosa ou pele seca: cuidados com a pele e a boca;
  - Náusea: Fenotiazinas (por exemplo, Clorpromazina) ou Butirofenonas (Haloperidol), que também têm efeitos sedativos e podem tratar a confusão mental coexistente;
  - Dispepsia: antiácidos, antagonistas do receptor de Histamina (Ranitidina);
  - Crises convulsivas: Benzodiazepínicos ou outros anticonvulsivantes.

### **7.2 Suporte vasopressor**

- A hipotensão até a ausência completa de pressão arterial é esperada para que haja a morte, desta forma, introduzir ou manter medicamento vasopressor durante este processo configura obstinação terapêutica e medida distanásica;
- As drogas podem ser retiradas paulatinamente ou de forma abrupta. Se a circulação da droga traduz em controle de algum sintoma, como Nitroglicerina e Dobutamina, devemos retirá-la aos poucos para evitar sintomatologia rebote<sup>10</sup>. Mas se o alvo for níveis pressóricos e aumento de frequência cardíaca, devem então ser retirados imediatamente.

### 7.3 Hemoderivados

- Só devem ser administrados nos casos onde algum sintoma ou desconforto possa melhorar com o uso dos mesmos, como a sensação de fadiga nas anemias graves e controle de sangramentos digestivos ou pulmonares, que geralmente são desconfortáveis.

### 7.4 Antibioticoterapia

- Só iniciar ou manter, se isso auxiliar no controle de sintomas (por exemplo: herpes perioral ou perirretal, disúria por infecção urinária<sup>26</sup>, ou diarreia por *Clostridium difficile*). Deve-se optar por antibióticos de espectro estreito e com baixo perfil de efeitos adversos, em cursos de tempo curtos: de 3 a 5 dias, se não efetivo; 7 dias, se houver resposta;
- Lembrar que antibióticos podem prolongar o processo de morte por “controlar” a resposta inflamatória em um paciente que esteja realmente infectado, se tratando então de uma obstinação terapêutica. Além disso, a maioria dos antibióticos apresenta efeitos colaterais, principalmente no que concerne a função renal e distúrbios hidroeletrólíticos, além do mais temido efeito de seleção de germes multi ou pan resistentes. Com isso, devemos suspendê-los o quanto antes.

### 7.5 Testes laboratoriais

- Só devem ser solicitados, se o paciente apresentar algum sintoma ou desconforto que seja esclarecido por um exame e que haja uma proposta terapêutica para esse, a qual não gere desconforto fútil.

### 7.6 Fluidos intravenosos

- A infusão de líquidos, na fase terminal de uma doença, tende a deixar o paciente edemaciado, com aumento da secreção pulmonar e do volume do suco gástrico,



gerando sintomas e desconforto<sup>27</sup>;

- Em caso de sensação de boca seca, utilizar *swabs* de glicerina, pedras de gelo, goles de fluidos<sup>26</sup>.

### **7.7 Marca-passo ou cardiodesfibrilador implantável**

- Se um paciente portador de marca-passo permanente ou de um cardiodesfibrilador implantável recusar qualquer tratamento ou se decidir pela suspensão de tratamentos de suporte de vida, o modo desfibrilador, ou seja, propulsor de choques, deve ser desativado, para evitar o desconforto relacionado ao choque e a manutenção artificial do funcionamento cardíaco, a partir de cada choque desfibrilado<sup>28</sup>;
- O marca-passo geralmente previne o paciente de possíveis sintomas arrítmicos desagradáveis, devendo ser mantido enquanto esse conforto é viável. Em casos que seja considerado o único suporte mantenedor da vida de forma artificial, e que o óbito provavelmente só ocorrerá após ser desativado, seu desligamento deve ser realizado para a retirada de todos os aparelhos de SAV e assim permitir que a morte aconteça<sup>29</sup>.

### **7.8 Monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica**

- A monitorização hemodinâmica/eletrocardiográfica contínua é inútil na avaliação do conforto do paciente. A aferição dos sinais vitais deve ser realizada de forma intervalada no intuito de prever a proximidade da morte;
- A manutenção de monitores pode gerar desconforto no paciente: restrição no leito, múltiplos fios colados ao corpo, apertos repentinos do medidor da pressão arterial não invasiva e contínuo do oxímetro de pulso, com risco até de lesão de pele<sup>26</sup>;
- O foco da monitorização é o conforto do paciente: com o monitor ligado, o profissional tende a focar sua atenção a ele e não aos sinais de desconforto que possam estar sendo expressados no rosto e no comportamento do paciente no leito.

## 7.9 Alimentação artificial

- Não há evidência clínica de que a nutrição artificial aumenta a reserva funcional, diminua a fadiga ou aumente a sobrevivência do paciente em estágio terminal de doença<sup>27</sup>. A sensação de fome é rara e o fornecimento de dieta de maneira “forçada”, através de sondas pode gerar náuseas e mal-estar, ou até mesmo vômitos, os quais são desconfortáveis. Além disso, não é incomum o uso de contenções físicas para evitar a retirada das sondas<sup>26</sup>;
- Em casos de pacientes que sobrevivam a extubação paliativa, a dieta artificial não deve ser retomada<sup>30</sup>, apenas caso o paciente capaz deseje mantê-la ou no caso da pediatria, deverá haver um consenso entre a equipe e os pais da criança<sup>31,32</sup>. A suspensão da dieta é realizada antes da extubação paliativa para melhor controle dos sintomas, mas em casos de sobrevivência e estabilização clínica após horas da retirada do suporte ventilatório, a família deverá ser explicada do não benefício do seu retorno, já que também se trata de uma medida mantenedora de vida artificial.

## 7.10 Ventilação mecânica

- O conforto do paciente deve ser avaliado com frequência e os sinais de desconforto devem ser tratados com doses adequadas de sedativos e opioides. As famílias e os prestadores de cuidados de saúde devem também estar preparados para a possibilidade de sobrevivência de um ou mais dias, após a suspensão do suporte ventilatório mecânico, com registros de 11 a 24% de casos que chegaram a receber alta hospitalar<sup>33</sup>;
- O tratamento da dispneia e da ansiedade com opioides e benzodiazepínicos EV, respectivamente, deve ser antecipado à cessação da técnica. A quantidade necessária de opioide ou de benzodiazepínicos para o alívio dos sintomas varia muito e depende da exposição prévia ao fármaco, do metabolismo da droga e do nível de consciência do paciente<sup>34</sup>. Quando, após a redução do suporte ventilatório, houver aumento da frequência respiratória como sinal de desconforto, essa deverá ser tratada com ajustes adicionais da sedação e não restaurando o suporte ventilatório prévio;

- Os parâmetros no VM devem ser diminuídos progressivamente até os valores mínimos possíveis, nos quais o paciente esteja visualmente confortável, independentemente dos parâmetros de monitorização (oxigenação, volume inspiratório ou expiratório). Essa regra vale principalmente para pacientes alertas ou que visualmente apresentam sinais de desconforto à ventilação mecânica. Em pacientes comatosos (por exemplo, neurológicos graves), a retirada do suporte ventilatório pode ser imediata.

As razões para esta “retirada gradual” das medidas de suporte avançado são complexas e podem estar relacionadas com a importância simbólica (moral) de uma intervenção (por exemplo, a alimentação artificial), ou com o fato de a suspensão de uma determinada intervenção permitir a evolução quase imediata à morte (ventilação mecânica)<sup>26</sup>. Fatores sociais, alvos clínicos, custos com a saúde e a escassez de leitos em UTI, são outros fatores que influenciam os clínicos a optarem pela retirada de suporte, principalmente de forma imediata, em paciente destinados à morte<sup>35</sup>. A depender de cada caso, as retiradas podem ser múltiplas e imediatas ou uma por vez, mas devem ser coordenadas junto à ciência do paciente ou familiares<sup>36</sup>.

Uma vez optado pela retirada dos suportes mantenedores de vida, uma série de medidas devem ser iniciadas com o intuito de prevenir desconforto para o paciente e também para os seus familiares.

## 8 AVALIAÇÃO DE SINAIS DE DESCONFORTO<sup>23</sup>

### 8.1 Dor

Duas escalas devem ser utilizadas para monitorização da dor no ambiente de UTI/Sala de Reanimação:

- Escala Analógica da Dor (EAD)<sup>37</sup>: comum nos ambientes de UTI, avalia a dor em pacientes conscientes e cooperativos;
- Escala Comportamental da Dor (ECD, inglês BPS)<sup>38</sup>: pouco conhecida, detecta prováveis sinais de dor em pacientes sedados e inconscientes, os quais representam a grande maioria dos pacientes que serão submetidos à extubação paliativa. Deve ser apresentada e colocada em prática pelos profissionais da unidade para a efetiva detecção da dor.

### 8.2 Agitação

Pode ser uma das expressões para a sensação de dor ou desconforto respiratório, por isso sua presença denota necessidade de correção de provável causa de desconforto ao paciente. A detecção e registro da agitação deve ser feita por meio da escala de sedação e agitação de Richmond, mais conhecida pela sua abreviação em inglês, RASS<sup>39</sup>.

### 8.3 Desconforto respiratório

A *Respiratory Distress Observation Scale* (RODS) é uma escala utilizada internacionalmente para avaliação do desconforto respiratório no ambiente de UTI<sup>22</sup>. Ainda sem validação para a língua portuguesa, seu uso é simples e denota sofrimento respiratório, a partir da pontuação (0-2) de cada um dos seguintes sinais: frequência cardíaca, frequência respiratória, inquietação, expressão facial de medo, uso de musculatura acessória, respiração paradoxal, grunhido no final da expiração e batimento de asa de nariz. A pontuação total vai de 0 – ausência de desconforto, até 16, que denota desconforto gravíssimo<sup>40</sup>.

## 9 PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS POSSÍVEIS SINAIS DE DESCONFORTO ASSOCIADOS A RETIRADA DO TOT

### 9.1 Cenário e ambiente

- Devido à proximidade da morte, pacientes e familiares devem estar em ambientes mais agradáveis e receptivos;
- O próprio ambiente de UTI e a sala de reanimação são impróprios para despedidas, mas ações humanas podem ser implantadas para suavizar o ambiente;
- Flexibilidade de horários de visita, diminuição/suspensão de cabos e monitores, além de permissão para rituais religiosos e certa privacidade durante rituais de despedidas, como colocação de biombos ou cortinas, favorecem o acolhimento e o apoio ao paciente e familiares;
- Marcar um horário para a suspensão da VM e retirada do TOT, afim de que familiares se organizem, caso queiram participar do processo.

### 9.2 Analgesia

- a) Pacientes sedados com Midazolam ou Propofol e/ou com analgesia contínua com Morfina ou Fentanil, caso estejam confortáveis, devem ser continuados;
- b) Pacientes virgens de opioides ou sem uso dos mesmos, devem ser iniciados<sup>34</sup>:
  - **Morfina de 0,05 a 0,1 mg/kg** ou de **2 a 10 mg/dose**<sup>41</sup>, EV lento, a cada 15 minutos, até analgesia satisfatória e controle da dispneia;
  - **Fentanil de 1 a 2 mcg/kg** ou de **25 a 100 mcg/dose**, os bolus devem ser intervalados a cada 5 minutos até o controle sintomático;
  - Manutenção: Morfina – dose total eficaz para o controle dos sintomas, administrada em bolus a cada 4h. Se optado por infusão contínua, a dose total das 24h deve ser diluída em soro fisiológico e então infundida a uma vazão que corra em 24h. Fentanil – a dose eficaz na indução deve ser mantida em infusão contínua a cada hora.

- c) Se o paciente já em uso de opioide e ainda com desconforto, deve-se corrigir a dose para 25% a mais ou trocar um opioide por outro, mantendo-se a equivalência. Na nossa experiência clínica, a Morfina foi mais eficaz no controle da dispineia em relação ao Fentanil;
- d) Na pediatria, a morfina também é a droga escolhida e deve ser administrada como segue:
- Iniciar com 15 mcg/kg/h, podendo ser ajustada 5 mcg/kg, a cada 5 minutos, porém evitando-se extrapolar a dose de 30 mcg/kg/h. A infusão na qual fora atingido o conforto, deve ser mantida;
  - Fentanil também pode ser usada, com doses que variam de 1 a 5 mcg/kg/h, com ajustes a cada 5 min e mantida em infusão contínua.
- e) Atentar para os sinais de intoxicação de opioide: miose pupilar, bradipneia e sonolência excessiva<sup>8</sup>. Em pacientes que apresentam sinais de intoxicação ainda com desconforto associado, deve-se associar os sedativos e considerar a redução da dose do opioide, assim que o mesmo esteja confortável;
- f) Pacientes em estados comatosos graves, com funções neurológicas mínimas, exemplo: Escala de Coma de Glasgow  $\geq 4$ , a percepção sensitiva é questionada e o uso de analgésicos e sedativos pode ser fútil e acelerar o processo de morte. Nesses casos, o uso preventivo dessas drogas não é recomendado e só deve iniciado caso o paciente apresente sinais de desconforto<sup>42</sup>.

### 9.3 Sedação

- a) Em casos de persistência do desconforto respiratório com o uso adequado do opioide, presença de ansiedade ou desejo de adormecer, deve-se iniciar a sedação, de preferência com os benzodiazepínicos:
- **Midazolam de 1 a 3 mg/dose**<sup>34</sup>, EV, em bolus, com intervalos de 5 minutos, até sedação adequada;
  - A dose de manutenção em infusão contínua de 1 mg/h, mas os ajustes devem ser feitos de acordo com os sintomas do paciente, ou seja, se foi necessário dois bolus em 1h por desconforto, recomenda-se dobrar a vazão da solução de manutenção.
- b) Em pediatria<sup>43</sup>, a dose é de 1 a 5 mcg/kg/min, até o conforto da dispineia;

- c) Se a opção for o Propofol, caso o paciente já esteja em uso ou o profissional da unidade tenha mais experiência com o mesmo, deve ser usado da seguinte forma:
- **Propofol 1% de 20 a 40 mg/dose**, EV lento, titulando com 10 mg a cada 5 minutos, até sedação adequada;
  - Devem ser mantidos em infusão contínua, com 25% da dose efetiva para a sedação a cada hora;
  - Em pacientes idosos ou com disfunção renal ou hepática, devem ser consideradas menores doses e maiores intervalos entre os bolus.

Em nenhuma das três classes de drogas acima descritas, deve haver uma dose teto, pois mesmo que ocorra instabilidade hemodinâmica ou antecipação da morte, justifica-se o seu uso em doses elevadas até que o paciente esteja confortável<sup>22,34,41</sup>. Esse mecanismo é conhecido como o duplo-efeito.

#### **9.4 Bloqueadores neuromusculares**

Os bloqueadores neuromusculares devem ser desligados antes da extubação. Conforto e analgesia devem ser otimizados com sedativos e opioides<sup>22,34</sup>. A paralisia provocada pelos curarizantes incapacita o paciente de expressar sinais de desconforto, como inquietude, taquipneia ou comunicação verbal<sup>26</sup>. Por essa razão, estes agentes devem ser suspensos antes da retirada do suporte ventilatório. Se os efeitos dos agentes persistirem após a suspensão do fármaco (que pode circular na corrente sanguínea por dias, principalmente nos casos de falência renal e hepática associadas) ou após administração de antídoto (neostigmina ou atropina), deve ser protelada a suspensão da ventilação mecânica<sup>22,42</sup>.

#### **9.5 Prevenção do “ruído da morte” e estridor laríngeo: deve ser iniciada de 12 a 24h antes da retirada do TOT**

- Suspender ou reduzir cota calórica à metade para a mínima oferta possível de aporte hídrico;
- Na necessidade de manutenção de fluidos parenterais, deixá-los a uma vazão máxima de 21 ml/h<sup>34</sup>. Na pediatria, a recomendação é suspendê-los;

- Congestão ou anasarca: Furosemida de 40 a 80 mg<sup>34</sup>, dividido em duas a três doses ao dia. (Pediatria: 1 mg/kg, também dividido em em duas a três doses);
- Secreção pulmonar de moderada a intensa e/ou sialorreia<sup>34</sup>:
  - Escopolamina (20 mg EV de 8/8h até 4/4h);
  - Atropina colírio SL (de 1 a 2 gt SL de 8/8 até 6/6h);
  - Em Pediatria devemos priorizar a Escopolamina, na seguinte posologia: de 0,0625 a 0,125 mg enteral ou SL 4/4 h (de 2 a 12 anos) ou de 0,125 a 0,25 mg enteral ou SL 4/4 h (> 12 anos)<sup>44</sup>;
  - Aspiração das vias aéreas inferiores minutos antes da retirada do TOT.
- Prevenção do estridor laríngeo pós-extubação:
  - Dexametasona 4 mg EV 6/6h ou Hidrocortisona 100 mg EV 8/8h (na falta da dexametasona, *off label*);
  - Pediatria: Dexametasona 0,5 mg/kg/dose, 4 vezes ao dia, dose máxima de 4 mg/dose);
  - Uso de ar umidificado entre a desconexão do VM e a retirada do TOT.



## 10 RETIRADA DO SUPORTE VENTILATÓRIO/TOT

A retirada do suporte ventilatório pode se dar de duas formas:

- a) Desmame terminal, no qual há redução progressiva do suporte ventilatório, até a cessação do mesmo, via oferta mínima da concentração de oxigênio (FiO<sub>2</sub> ambiente a 21%), pressão de suporte de 0 cmH<sub>2</sub>O e PEEP de 5 cmH<sub>2</sub>O. O TOT pode ser mantido com tubo T acoplado, ou retirado ao final do desmame<sup>42</sup>;
- b) Extubação terminal/paliativa, é feita a retirada do TOT ou da máscara de VNI, geralmente sem desmame prévio dos parâmetros ventilatórios<sup>7</sup>.

Não existe uma opção melhor que a outra, mas acredita-se que a manutenção do TOT para o paciente e seus familiares seja mais desconfortável e não previna os demais sinais de desconforto associados à retirada do suporte ventilatório<sup>42</sup>. Por isso, é preconizado o uso de drogas e manobras de pré-retirada do VM para prevenir todos os sintomas e sinais de desconforto expectados nesse procedimento.

O desmame da VMA também pode ser tentado, para parâmetros mínimos toleráveis pelo paciente, levando-se em conta para avaliação dessa tolerância os sinais clínicos apresentados pelo paciente, conforme descrito no item “avaliação do desconforto respiratório”. Pacientes que não toleram desmame ou são dependentes de altos parâmetros ventilatórios, principalmente FiO<sub>2</sub>, são expectados a morrerem num menor intervalo de tempo, após a retirada da VMA, se comparados aos pacientes neurológicos em suporte ventilatório mínimo<sup>45</sup>.

No dia da retirada do suporte ventilatório, há dois momentos principais, descritos a seguir.

### 10.1 Seis horas antes

- Ambiente e monitorização:
  - Desligar monitores e alarmes que tornam o ambiente ruidoso;
  - Retirar cabos e manguitos que possam causar desconforto ao paciente;
  - Permitir a presença dos familiares para despedidas e orações;

- Tentar manter o ambiente o mais privado e confortável possível, até mesmo com a presença de itens pessoais do paciente, caso isso o deixe mais confortável e familiarizado com o ambiente;
- Permitir a presença de líderes religiosos e a realização de rituais, conforme as demandas apresentadas pelo paciente ou seus familiares (em respeito à Constituição Federal de 1988)<sup>46</sup>;
- Reunir a equipe e ajustar os últimos detalhes, retirar dúvidas e esclarecer aos que não participaram do planejamento terapêutico do que se trata o procedimento e o que deverá ser feito na detecção de sinais de desconforto ou do óbito do paciente.
- Dietas e fluidos:
  - Devem ser suspensos<sup>34,41</sup>;
  - Só devem retornar, caso paciente sobreviva e não tenha sido discutido sua retirada previamente, quando o paciente esteja confortável e estável.

## 10.2 Trinta minutos antes: reavaliação e prevenção

- a) Após os ajustes na VMA para o suporte mínimo tolerável pelo paciente, deve-se, nesse momento, reprogramar o ventilador para os valores mínimos, semelhante àqueles empregados para o Teste de Respiração Espontânea (TRE), com **FiO<sub>2</sub> entre 21%, PEEP de 5 cmHg<sup>34</sup> e PS de 7 cmH<sub>2</sub>O<sup>22</sup>**;
- b) Se ainda congesto: administrar de 250 a 500 mg de furosemida em 1h<sup>34</sup>;
- c) Recomenda-se administrar uma nova dose de Escopolamina (20 mg EV) para prevenção do ruído da morte, além de uma nova dose de Dexametasona 4 mg EV para prevenção do estridor laríngeo;
- d) Na Pediatria, se ainda houver sinais de congestão ou secreção, a Furosemida pode ser repetida com a dose máxima de 1 mg/kg em bolus, a Escopolamina e a Dexametasona em dose extra, conforme recomendado acima;
- e) Deixar disponível à beira do leito possíveis drogas que poderão ser usadas (Midazolam, Morfina, Furosemida, Dexametasona, Escopolamina) já preparadas em seringas para possível administração de urgência, em caso de recorrência ou aparecimento desses sintomas.

### 10.3 Retirada da VMA/TOT

- a) Como as equipes das unidades são inexperientes com o processo de extubação paliativa, a presença de familiares durante o procedimento não é aconselhável, apenas caso a equipe sintá-se confortável e a família deseje acompanhar o processo;
- b) Checar o desligamento de monitores;
- c) Desconexão da VMA e acoplamento ao ar umidificado, via tubo T;
- d) Aspiração das vias aéreas inferiores;
- e) Retirada do TOT e colocação de máscara de ar umidificado, sem suporte O<sub>2</sub>;
- f) Em casos de ocorrência do estridor laríngeo, apesar do uso preventivo do corticoide, a Epinefrina Racêmica, via inalatória, pode ser usada<sup>22,42</sup>: de 3 a 5 ml, via nebulização e manutenção da Dexametasona, por mais 24h.

Em todo o processo de desmame e retirada de suporte, deve-se fazer os ajustes necessários na analgesia e sedação para correção dos possíveis sinais de desconforto. A vigilância desses sinais à beira leito é prioridade e eles não devem ser menosprezados, caso ajustes já tenham sido feitos e o paciente continue desconfortável. A titulação das drogas pode ser realizada a cada hora ou até mesmo em intervalos menores, além da administração dos sintomáticos que também devem ser realizadas, conforme demanda.

## 11 FLUXO DO PACIENTE PÓS-EXTUBAÇÃO PALIATIVA

De acordo com a patologia de base, o tempo entre a retirada do suporte ventilatório e o óbito varia grandemente, com registros de até 25% dos casos de extubação paliativa receberem alta hospitalar, principalmente em centros de referência<sup>33</sup>. Devido a essa variação, não há um tempo predeterminado para a manutenção ou transferência do paciente, caso o mesmo sobreviva às primeiras horas.

A transferência entre unidades só deverá ser feita, após a estabilização clínica e o conforto do paciente. Em pacientes hemodinamicamente instáveis, com fracos sinais de processo ativo de morte, a transferência não deve ser autorizada, pois a ocorrência do óbito durante **ou logo após** o transporte é uma possibilidade, o que pode ocasionar um sofrimento desnecessário, além de possível conflito entre as equipes de saúde (da UTI e da unidade de internamento), devido às questões burocráticas e de funcionamento dos setores.

No IMIP, existe uma unidade de internamento especializada em cuidados paliativos, por isso os pacientes adultos que sobrevivem às primeiras horas pós-extubação paliativa e encontram-se estáveis, devem ser transferidos para essa unidade. Já em pacientes pediátricos, esses devem ser transferidos à unidade de internamento da pediatria geral, onde a equipe deverá estar preparada para receber o pequeno paciente e seus familiares, devendo manter a priorização do conforto e a humanização dos cuidados, com enfoque na comunicação efetiva e educação continuada da unidade que irá receber o paciente em estágio terminal da doença e com alto risco de óbito.

É de extrema importância que haja uma rotina de vigilância e de monitorização de sinais e de sintomas de desconforto, nas unidades de internamento que recebem os pacientes, após a extubação paliativa, para garantir controle absoluto desses sintomas, além do acolhimento dos familiares, garantindo assim a ordem de não reintubar o paciente, em caso de descompensação clínica ou sintomatológica.

Manter os cuidados paliativos de forma integral, mesmo no ambiente intensivo, no caso de pacientes que forem mantidos na UTI, com flexibilização dos horários para acompanhantes do paciente, focando na espiritualidade, apoio psicológico e um ambiente favorável para despedidas, sem esquecer do bem-estar do paciente e dos seus familiares.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [online]. Geneva; 2012. [acesso 3 mai 2018]. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Lima MLF, Rego STA, Siqueira-Batista R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. Rev Bioét. 2015; 23 (1): 31-40.
3. Martins CE. Ordenamento jurídico brasileiro aceita ortotanásia. Conjur [periódico online]. 2013 [acesso em 12 mai 2018]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2013-set-17/carlos-martins-ortotanasia-aceita-nosso-ordenamento-juridico>
4. Martinelli JPO. A ortotanásia e o direito penal brasileiro [online]. São Paulo: Instituto Brasileiro de Ciências; 2011. [acesso em 12 mai 2018]. Disponível em: <https://www.ibccrim.org.br/artigo/10507-A-ortotanasia-e-o-direito-penal-brasileiro>
5. Moritz RD, organizadora. Conflitos bioéticos do viver e do morrer. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2011.
6. Cook D, Rocker G, Marshall J, Sjøkvist P, Dodek P, Griffith L, et al. Withdrawal of Mechanical Ventilation in Anticipation of Death in the Intensive Care Unit. N Engl J Med [periódico online]. 2003 [acesso 3 mai 2018]. 349: 1123-32. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa030083>
7. Billings JA. Humane terminal extubation reconsidered: The role for preemptive analgesia and sedation. Crit Care Med. 2012; 40 (2): 625-30.
8. Carvalho RT, Parsons HA, organizadore. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. São Paulo: Acadmia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.
9. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos Pediátricos: que são e qual sua importância? Cuidando da criança em todos os momentos [online]. São Paulo: SBP; 2017. [acesso 3 mai 2018]. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2017/03/Medicina-da-Dor-Cuidados-Paliativos.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Medicina-da-Dor-Cuidados-Paliativos.pdf)
10. Moritz RD. Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva. Rio de Janeiro: Atheneu, 2012.
11. Chaves JHB, Mendonça VLG, Pessini L, Rego G, Nunes R. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. Rev Dor. 2011; 12(3):250-5
12. Koffman J. Servicing multi-cultural needs at the end of life. J Ren Care. 2014; 40 (Suppl. 1): 6-15.

13. Robb YA. Ethical considerations relating to terminal weaning in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs.* 1997; 13 (3): 156-62.
14. Jahn Kassim PN, Alias F. Religious, ethical and legal considerations in end-of-life issues: fundamental requisites for medical decision making. *J Relig Health.* 2016; 55 (1): 119-34.
15. Xavier MS, Miziara CSMG, Miziara ID. Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. *Saúde, Ética & Justiça.* 2014; 19(1): 26-34
16. Pazin-Filho A. Morte: considerações para a prática médica. *Med (Ribeirão Preto).* 2005;38:20-5.
17. Sprung CL, Truog RD, Curtis JR, Joynt GM, Baras M, Michalsen A, et al. Seeking worldwide professional consensus on the principles of end-of-life care for the critically ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014; 190 (8): 855-66.
18. Parker M, Willmott L, White B, Williams G, Cartwright C. Medical education and law: withholding/withdrawing treatment from adults without capacity. *Intern Med J.* 2015; 45 (6): 634-40.
19. Schneiderman LJ, Spragg RG. Ethical decisions in discontinuing mechanical ventilation. *N Engl J Med.* 1988; 318 (15): 984-8.
20. Venkat A, Becker J. The effect of statutory limitations on the authority of substitute decision makers on the care of patients in the intensive care unit. *J Intensive Care Med.* 2014; 29 (2): 71-80.
21. Buckman RA. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncol.* 2005; 2 (2): 138-42.
22. Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, Kenny L. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. *Intensive Care Med.* 2016; 42 (6): 1003-17.
23. Hinderer KA, Friedmann E, Fins JJ. Withdrawal of life-sustaining treatment: patient and proxy agreement: a secondary analysis of “contracts, covenants, and advance care planning”. *Dimens Crit Care Nurs.* 2015; 34 (2): 91-9.
24. Zivot JB. The withdrawal of treatment is still treatment. *Can J Anesth Can d’anesthésie.* 2014; 61 (10): 895-98.
25. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 1.995/2012. Brasília; 2012. [acesso 3 mai 2018]. Disponível em:[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf)
26. Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS. Withdrawing intensive life-sustaining treatment: recommendations for compassionate clinical

- management. *N Engl J Med.* 1997;336 (9):652-7.
27. Brody H, Hermer LD, Scott LD, Grumbles LL, Kutac JE, McCammon SD. Artificial nutrition and hydration: the evolution of ethics, evidence, and policy. *J Gen Intern Med.* 2011; 26 (9): 1053-8.
  28. Gafford EF, Luckhardt AJ, Swetz KM. Deactivation of a left ventricular Assist device at the end of life #269. *J Palliat Med.* 2013; 16 (8): 980-2.
  29. Huddle TS, Amos Bailey F. Pacemaker deactivation: withdrawal of support or active ending of life?. *Theor Med Bioeth.* 2012; 33 (6): 421-33.
  30. Rady MY, Verheijde JL. Nonconsensual withdrawal of nutrition and hydration in prolonged disorders of consciousness: authoritarianism and trustworthiness in medicine. *Philos Ethics, Humanit Med.* 2014; 9 (1): 16.
  31. Kutzsche S, Partridge JC, Leuthner SR, Lantos JD. When life-sustaining treatment is withdrawn and the patient doesn't die. *Pediatrics.* 2013; 132 (5): 893-7.
  32. Larcher V. Ethical considerations in neonatal end-of-life care. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2013; 18 (2): 105-10.
  33. Pan CX, Platis D, Maw MM, Morris J, Pollack S, Kawai F. How long does (s)he have? Retrospective analysis of outcomes after palliative extubation in elderly, chronically Critically Ill Patients. 2016; 44 (6): 1138-44.
  34. Kompanje EJO, Van Der Hoven B, Bakker J. Anticipation of distress after discontinuation of mechanical ventilation in the ICU at the end of life. *Intensive Care Med.* 2008;34(9):1593-9.
  35. Asch DA, Faber-Langendoen K, Shea JA, Christakis NA. The sequence of withdrawing life-sustaining treatment from patients. *Am J Med.* 1999; 107 (2): 153-6.
  36. Van Beinum A, Hornby L, Ward R, Ramsay T, Dhanani S. Variations in the operational process of withdrawal of life-sustaining therapy. *Crit Care Med.* 2015; 43 (10): e450-7.
  37. Brasil. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Circular normativa nº 09/DGCG. Brasília; 2003. [acesso 17 set 2018]. Disponível em: <http://www.myos.com.pt/files/circular5sinalvital.pdf>
  38. Morete MC, Mofatto SC, Alves PC, Paula SA, Odiema MT. Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2014; 26 (4): 373-8.
  39. Faria R da SB, Moreno RP. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2013; 25: 137-47.

40. Campbell ML, Templin T, Walch J. A respiratory distress observation scale for patients unable to self-report dyspnea. *J Palliat Med.* 2010; 13 (3): 285-90.
41. Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE, et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008; 177 (8): 912-27.
42. Campbell ML. How to withdraw mechanical ventilation. *AACN Adv Crit Care.* 2007; 18(4): 397-403.
43. Himmelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D. Pediatric palliative care. *N Engl J Med.* 2004; 350 (17): 1752-62.
44. Gothelf D, Cohen IJ. Pediatric palliative care. *N Engl J Med.* 2004; 351 (3): 301-2.
45. Huynh TN, Walling AM, Le TX, Kleerup EC, Liu H, Wenger NS. Factors associated with palliative withdrawal of mechanical ventilation and time to death after withdrawal. *J Palliat Med.* 2013; 16 (11): 1368-74.
46. Brasil. Senado Federal. Secretaria-Geral da Mesa Sumário. Normas jurídicas em texto integral. Brasília; 2003 [acesso 17 out 2018]. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/planeja/doc/constituicaoafederalde88.pdf>



## ANEXO 1 – Avaliação da Funcionalidade

ESCALA DE DESEMPENHO DE KARNOFSKY	
Capaz de manter a atividade normal e o trabalho. Nenhum cuidado especial necessário	100% Nenhuma queixa, ausência de evidência da doença
	90% Capaz de levar vida normal, poucos sinais ou sintomas da doença
	80% Alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço
Incapaz de trabalhar. Capaz de viver em casa, cuidados para a maioria das necessidades pessoais. Quantidade variável de assistência necessária	70% Capaz de cuidar de si mesmo. Incapaz de levar suas atividades normais ou de exercer trabalho ativo
	60% Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de realizar a maioria das suas atividades
	50% Requer considerável assistência e cuidados médicos frequentes
Incapaz de cuidar de si mesmo. Requer cuidados de uma instituição ou hospital. Doença pode progredir rapidamente	40% Incapaz requer cuidados e assistências especiais
	30% Muito incapaz, indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente
	20% Muito debilitado requer hospitalização, medidas ou tratamento de suporte
	10% Moribundo, processos letais progredindo rapidamente
	0% Morte

Fonte: Gomes RHS, Santos RS. Avaliação da capacidade e comprometimento funcional em pacientes traqueotomizados de um hospital público de Curitiba. Rev CEFAC. 2016; 18 (1): pp.120-128.

*Palliative Performance Status (PPS)*

%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar <i>hobbies</i> , doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: Carvalho RT, Parsons HA, organizadore. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. São Paulo: Acadmia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.

## Escala de Estadiamento de Avaliação Funcional (FAST)

<i>Estágio</i>	<i>Características</i>	<i>Diagnóstico</i>
1	Funções normais	Adulto normal
2	Dificuldade subjetiva para encontrar vocabulário ou objetos	Idoso normal
3	Dificuldades em atividades profissionais complexas e relações sociais (por exemplo: esquecer compromissos, perder-se em locais menos conhecidos)	DA incipiente
4	Dificuldades para cumprir tarefas cotidianas complexas como fazer compras, cuidar de finanças ou planejar um almoço de família	DA leve
5	Dificuldades para cumprir tarefas cotidianas simples como escolher a roupa. Nesta fase a pessoa já é dependente.	DA moderada
6	A Precisa de ajuda para cumprir tarefas físicas simples com vestir-se	DA moderada a grave
	B Requer ajuda para tomar banho	
	C Requer ajuda para atividades mecânicas do toalete (puxar a descarga, enxugar-se, etc)	
	D Incontinência urinária	
	E Incontinência fecal	
7	A Fala restrita	DA grave
	B Vocabulário inteligível	
	C Perda da capacidade de andar	
	D Perda da capacidade de sentar-se na cama	
	E Perda da capacidade de sorrir	
	F Perda da capacidade de manter a cabeça ereta	

Fonte: Martinelli J. Fases da demência grave na doença de Alzheimer. 2007. Disponível em: <https://idosos.com.br/fases-da-demencia-grave/>

## Escala Performance de Lansky

Escore de Lansky	Avaliação da Performance
100	Totalmente ativa, normal
90	Pequena restrição em atividade física extenuante
80	Ativa, mas se cansa mais rapidamente
70	Maior restrição nas atividades recreativas e menor tempo gasto nestas atividades
60	Levanta-se e anda, mas brinca ativamente o mínimo; brinca em repouso
50	Veste-se mas permanece deitada a maior parte do tempo, sem brincar ativamente, mas é capaz de participar em todas as atividades e de jogos em repouso
40	Maior parte do tempo na cama, brinca em repouso
30	Na cama, necessita de auxílio, mesmo para brincar em repouso
20	Freqüentemente dormindo; o brincar está totalmente restrito a jogos muito passivos
10	Não brinca, não sai da cama
0	Arresposivo

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. Cuidados paliativos pediátricos: que são e qual sua importância? Cuidando da criança em todos os momentos. São Paulo: SBP; 2017.

## ANEXO 2 – Avaliação da Dor

### *Escala Visual Analógica*

Sem Dor _____ Dor Máxima
--------------------------

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003.

### Escala Comportamental de dor (BPS)

Item	Descrição	Escore
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa (por exemplo, abaixa a sobrancelha)	2
	Totalmente tensa (por exemplo, fecha os olhos)	3
	Faz careta: presença de sulco perilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
Membros superiores	Sem movimento	1
	Com flexão parcial	2
	Com flexão total e flexão de dedos	3
	Com retração permanente: totalmente contraído	4
Adaptação à ventilação mecânica	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4
Total		

Fonte: Tradução e adaptação da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor *Behavioural Pain Scale* (2014).

### ANEXO 3 – Avaliação da Agitação

#### Escala RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*)

Pontos	Termo	Descrição
+ 4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a equipe
+ 3	Muito agitado	Puxa e remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
+ 2	Agitado	Movimentos desapropriados frequentes, briga com o ventilador
+ 1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos
0	Alerta e calmo	
- 1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos
- 2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
- 3	Sedação moderada	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal (mas sem contato visual)
- 4	Sedação intensa	Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
- 5	Não desperta	Sem resposta ao estímulo verbal ou físico

Fonte: Faria RSB, Moreno RP. *Delirium* na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada Rev. bras. ter. intensiva. 2013; 25 (2): 137-47

## ANEXO 4 – Avaliação do Desconforto Respiratório

Respiratory Distress Observation Scale<sup>®</sup> (Margaret L. Campbell, PhD, RN 2/19/09)

Variable	0 points	1 point	2 points	Total
Heart rate per minute	<90 beats	90-109 beats	≥110 beats	
Respiratory rate per minute	≤18 breaths	19-30 breaths	>30 breaths	
Restlessness: non-purposeful movements	None	Occasional, slight movements	Frequent movements	
Paradoxical breathing pattern: abdomen moves in on inspiration	None		Present	
Accessory muscle use: rise in clavicle during inspiration	None	Slight rise	Pronounced rise	
Grunting at end-expiration: guttural sound	None		Present	
Nasal flaring: involuntary movement of nares	None		Present	
Look of fear	None		Eyes wide open, facial muscles tense, brow furrowed, mouth open, teeth together	
Total				

Instruction for use:

1. RDOS is not a substitute for patient self-report if able.
2. RDOS is an adult assessment tool.
3. RDOS cannot be used when the patient is paralyzed with a neuromuscular blocking agent.
4. Count respiratory and heart rates for one-minute; auscultate if necessary.
5. Grunting may be audible with intubated patients on auscultation.
6. Fearful facial expressions:



Fonte: Campbell ML, Templin T, Walch J. A respiratory distress observation scale for patients unable to self-report dyspnea. *J Palliat Med.* 2010; 13 (3): 285-90.

## **APÊNDICE V – Protocolo de Extubação Paliativa do IMIP - Versão simplificada**

### **Protocolo de Extubação Paliativa do IMIP - Versão simplificada**

#### **1. Objetivo**

Direcionar a equipe de UTI quanto a realização da extubação paliativa, além da retirada das demais medidas de suporte avançado a vida, em pacientes graves e em estágio terminal de doença, onde a restauração da saúde não é mais possível e todo o arsenal terapêutico curativo já foi esgotado e sua manutenção se torna uma terapia fútil. Desse modo, a suspensão de tais medidas permite a evolução natural da doença com o seu mecanismo de morte, além de reduzir a carga de sofrimento e desconforto biopsicossocial sentido pelo paciente e seus familiares.

#### **2. Quando pensar em extubação paliativa / suspensão de suporte avançado a vida<sup>1</sup>?**

2.1 Doenças crônicas em fase avançada

2.2 Status funcional prévio ao adoecimento comprometido

- KPS ou PPS < 40%

- Lansky < 40% (pediatria)<sup>2</sup>

- FAST  $\geq$  6A

2.3 Desnutrição grave ou caquexia

2.4 Progressão da doença apesar do tratamento instituído;

2.5 Reversibilidade pode levar a um sofrimento inapropriado;

2.6 Presença de fatores de mau prognóstico:

- Choque refratário;

- Piora clínica apesar otimização terapêutica;

- Não tolera o desmame dos tratamentos invasivos;

2.7 Evidência de doença extensa ou presença de duas ou mais falências orgânicas irreversíveis.

2.8 Tempo prolongado de ventilação mecânica, falha na tentativa de desmame ou extubação convencional.

2.9 Falência multiorgânica;

2.10 Candidatos à suspensão de suporte ventilatório com possibilidade consequente de óbito.



### **3. Como devemos abordar paciente ou familiares?**

- 3.1 Equipe multidisciplinar deve estar segura de que a suspensão do suporte é uma opção terapêutica a ser oferecida ao doente e ou seus familiares, já que a recuperação da sua saúde não é mais possível<sup>3</sup>.
- 3.2 Manter um canal de comunicação aberto entre equipe e familiares, com atualização frequente e clara sobre a real situação de saúde do doente, com esclarecimentos quanto aos diagnósticos, prognóstico esperado e planejamento terapêutico<sup>4</sup>.
- 3.3 Pacientes despertos e orientados devem ser consultados se desejam participar do processo de tomada de decisão<sup>5</sup>, após controle efetivo dos sintomas de desconforto e descartado indícios de depressão ou ideação suicida<sup>6</sup>.
- 3.4 Pacientes, se conscientes e aptos, e familiares devem ser explanados sobre a opção de interrupção / suspensão dos suportes mantenedores de vida, como se dá o processo de retirada e quais os resultados esperados após a suspensão dos mesmos<sup>7</sup>. Tal abordagem deve ser realizada após entendimento claro do quadro de saúde do doente e o prognóstico esperado.
- 3.5 Assegurar-lhes que o procedimento é legal, dentro da regulamentação do CFM<sup>8</sup> e das orientações do CEM<sup>9</sup> e que não pode ser entendida como eutanásia<sup>10</sup>, ou seja, antecipação da morte por compaixão.
- 3.6 Toda reunião ou visita na qual aborda-se o tema e/ou define-se sobre a suspensão dos suportes mantenedores de vida deve ser registrada em prontuário, de forma legível e objetiva, descrevendo o nome e grau de parentesco dos participantes e discriminação dos itens que serão retirados, além das novas medidas de conforto que serão adotadas.
- 3.7 Deve ser realizada pelo menos 2 reuniões acerca do tema com a participação de um médico da equipe ou assistente, um profissional da equipe de cuidados paliativos (residente ou preceptor médico), um profissional da equipe multidisciplinar, além de residentes ou acadêmicos que estejam estagiando na unidade, como forma de complementar a formação dos mesmos.

**\* Dúvidas: Consultar itens 5.0 e 6.0 do Protocolo completo**

### **4. Se optamos por extubação paliativa, quais outros tratamentos devem também ser suspensos<sup>11,12</sup>?**

- 4.1 Terapia de Substituição Renal
- 4.2 Suporte Vasopressor
- 4.3 Hemoderivados
- 4.4 Antibióticos de largo espectro
- 4.5 Testes laboratoriais e exames diagnósticos
- 4.6 Fluidos intravenosos e Dieta artificial (enteral ou parenteral)
- 4.7 Cardiodesfibrilador implantável
- 4.8 Monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica

**\* Dúvidas: Consultar item 7.0 do Protocolo completo**

## 5. Monitorização sinais de desconforto

### 5.1 Dor:

- Paciente sem sedação: Escala Analógica da Dor (EAD)<sup>13</sup>
- Pacientes sob sedação: Escala Comportamental da Dor (BPS, sigla em inglês)<sup>14</sup>

### 5.2 Agitação: Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS, sigla em inglês)<sup>15</sup>

5.3 Desconforto respiratório: *Respiratory Distress Observation Scale (RODS)*<sup>16</sup>, com sinais de desconforto através dos seguintes achados: Taquicardia, taquipneia, inquietação no leito, expressão facial de medo, uso da musculatura acessória, respiração paradoxal, grunhido ao final da expiração, batimento de asa de nariz.

## 6. Prevenção e tratamento dos sinais de desconforto – preferencialmente deve ser iniciada 24 horas antes da Retirada do TOT

### 6.1 Cenário e ambiente:

- Tentar individualizar o máximo possível o ambiente, permitir visitas estendidas e reduzir o ruído de alarmes e monitores.
- Marcar um horário para a suspensão da VM e retirada do TOT, afim de que familiares se organizem para realização de rituais religiosos e de despedidas.

### 6.2 Iniciar ou otimizar analgesia:

- Virgens de opióide: **Morfina 0,05 – 0,1mg/Kg** ou **2-10mg/dose**<sup>17</sup>, EV, lento, a cada 15 minutos, até analgesia satisfatória e controle da dispnéia.
- Manutenção: dose total que foi eficaz para o controle dos sintomas, administrada em bolus a cada 4 horas. Se optado por infusão contínua, a dose total das 24h deve ser diluída em soro fisiológico e então infundida a uma vazão que corra em 24h.
- Se paciente já em uso de opióide e ainda com desconforto, deve-se corrigir a dose para 25% a mais ou trocar um opióide por outro, mantendo-se a equivalência. Na nossa experiência clínica, a morfina foi mais eficaz no controle da dispneia em relação ao fentanil.
- Na pediatria<sup>18</sup>: Morfina - iniciar com 15 mcg/kg/hora, podendo ser ajustada 5mcg/kg a cada 5 minutos, porém evitando-se extrapolar a dose de 30mcg/kg/h. Infusão na qual fora atingida o conforto, deve ser mantida.
- Sinais de intoxicação de opióide<sup>19</sup>: Miose pupilar, bradipnéia e sonolência excessiva. Em pacientes que apresentem sinais de intoxicação ainda com desconforto associado, devemos associar os sedativos e considerar redução da dose do opióide assim que o mesmo esteja confortável.

### 6.3 Sedação:

- **Midazolam 1-3mg/dose**<sup>20</sup>, EV, em bolus, com intervalos de 5 minutos, até sedação adequada.
- A dose de manutenção em infusão contínua 1mg/hora, mas os ajustes devem ser feitos de acordo com os sintomas do paciente, ou seja, se foi necessário dois bolus em 1 hora por desconforto, recomenda-se dobrar a vazão da solução de manutenção.
- Em pediatria<sup>18</sup>, a dose é de 1-5mcg/kg/min, até conforto da dispneia.

- Em nenhuma das drogas acima descritas deve haver uma dose teto, mesmo que haja sinais de efeitos depressivos, pois o alvo terapêutico é o conforto, mesmo que acelere o processo de morte, efeito conhecido como duplo efeito.

#### 6.4 Bloqueio Neuromuscular:

- Deve ser suspenso e a sedação otimizada com os benzodiazepínicos<sup>20,21</sup>.
- Em casos de não suspensão, a extubação paliativa deve ser adiada ou suspensa<sup>22</sup>.

#### 6.5 Prevenção do “ruído da morte” e estridor laríngeo<sup>20,23</sup>

- Suspensão de fluidos intravenosos e dieta artificial.
- Congestão ou anasarca – Furosemida 40-80mg dividido em 2-3 doses ao dia.  
- Pediatria: 1mg/kg, também dividido em 2 a 3 doses
- Secreção pulmonar moderada a intensa e/ou sialorréia: Escopolamina (20mg EV de 8/8h até 4/4h); Atropina colírio SL (1-2gt SL de 8/8 até 6/6h);  
- Pediatria: Priorizar a escopolamina: 0.0625–0.125 mg enteral ou SL 4/4 h (2–12 anos) ou 0.125–0.25 mg enteral ou SL 4/4 h (>12 anos).
- Aspiração das vias aéreas inferiores minutos antes da retirada do TOT.
- Estridor pós-extubação: Dexametasona 4mg EV 6/6h ou Hidrocortisona 100mg EV 8/8h (na falta da dexametasona, *off label*); Uso de ar umidificado entre a desconexão da VM e a retirada do TOT.  
- Pediatria: Dexametasona 0,5mg/kg/dose, dose máxima 4mg/dose, 4x ao dia.

**\* Dúvidas: Consultar item 9.0 do Protocolo completo**

## 7. Retirada VM/TOT

### 7.1 6h antes - Preparar o ambiente:

- Desligar monitores e alarmes que tornam o ambiente ruidoso;
- Retirar cabos e manguitos que possam estar causando desconforto ao paciente;
- Permitir a presença dos familiares para despedidas e orações, além de realização de rituais e presença de líderes religiosos.
- Tentar manter o ambiente o mais privado e confortável possível, até mesmo com a presença de itens pessoais do paciente, caso isso o deixe mais confortável e familiarizado com o ambiente.
- Reúna a equipe e ajuste últimos detalhes, retire dúvidas e esclareça aos que não participaram do planejamento terapêutico do que se trata o procedimento e o que deve ser feito na detecção de sinais de desconforto ou do óbito do enfermo.
- Dietas e fluidos intravenosos, se ainda presentes, devem ser desligados.

### 7.2 30 minutos antes– Reavaliação e prevenção:

- Programar o ventilador para valores mínimos de suporte, com FiO<sub>2</sub> entre 21%, PEEP de 5 cmHg e PS de 7 cmH<sub>2</sub>O.
- Se ainda congesto: Administrar até 250-500mg de furosemida em uma hora<sup>20</sup>;
- Nova dose de escopolamina (20mg EV) para prevenção do ruído da morte;
- Nova dose de dexametasona 4mg EV para prevenção do estridor laríngeo.

- Na pediatria, se ainda houver sinais de congestão ou secreção, a furosemida pode ser repetida com a dose máxima de 1mg/kg em bolus; escopolamina em dose extra, conforme recomendado acima e dexametasona 0,5mg/kg/dose.

- Deixar a beira do leito drogas para correção de possíveis sinais de desconforto (morfina, escopolamina, furosemida, dexametasona) ou otimização da sedação (midazolam) já preparadas em seringas para possível administração de urgência em caso de recorrência ou aparecimento dos sintomas de desconforto.

### 7.3 Retirada da VM / TOT

- Como as equipes das unidades são inexperientes com o processo de extubação paliativa, a presença de familiares durante o procedimento não é aconselhável, apenas caso a equipe sintam-se confortável e a família queira acompanhar o processo.
- Desconexão da VM e acoplamento ao ar umidificado via tubo T
- Aspiração das Vias aéreas inferiores
- Retirada do TOT e colocação de máscara ar umidificado, sem suporte O2.
- Em casos de ocorrência do estridor laríngeo, epinefrina via inalatória<sup>21</sup> e manter uso da dexametasona nas próximas 24h.

\* **Dúvidas: Consultar itens 10.0 do Protocolo completo.**

## 8. Fluxo do paciente após extubação paliativa

- Em casos de instabilidade e risco de morte durante o transporte, esse deverá permanecer na UTI ou na emergência. Deverá haver flexibilização e extensão dos horários de visita afim de permitir maior acolhimento ao paciente e seus familiares.
- Se estável, e confortável, deverá ser transferido a unidade de internamento, após planejamento e comunicação adequada inter-unidades para manutenção da linha de cuidados e acolhimento do paciente e familiares em processo de sofrimento.
- Na unidade de internamento, assim como se permanência na UTI ou Sala de reanimação, a equipe deverá ficar atenta a qualquer sinal de desconforto respiratório ou alérgico, com a correção imediata.

*A extubação paliativa deve ser uma opção e não uma obrigação. Não deve ser pensada no sentido de liberar leitos ou restringir custos. O objetivo maior deve ser sempre a proporcionalidade do cuidado, a permissão do seguimento da história natural daquela doença e o acolhimento do mecanismo de morte relacionado. Como objetivo final a integralidade do cuidado visando a morte digna e o acolhimento dos familiares.*

Zilda Cavalcanti

## 9. Referências Bibliográficas

1. Moritz RD. Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva. Rio de Janeiro: Atheneu, 2012.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos Pediátricos: que são e qual sua importância? Cuidando da criança em todos os momentos [online]. São Paulo: SBP; 2017. [acesso 3 mai 2018]. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2017/03/Medicina-da-Dor-Cuidados-Paliativos.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Medicina-da-Dor-Cuidados-Paliativos.pdf)
3. Willms DC, Brewer JA. Survey of respiratory therapists' attitudes and concerns regarding terminal extubation. *Respir Care*. 2005;50(8):1046-9.
4. Robb YA. Ethical considerations relating to terminal weaning in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*. 1997;13(3):156-62.
5. De M, Lima LF, Tavares De Almeida Rego S, Siqueira-Batista R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. *Rev bioét*. 2015;23(1):31-40.
6. Billings, Senior Associate Editor JA. Terminal Extubation of the Alert Patient. *J Palliat Med*. 2011;14(7):800-1.
7. Pan CX, Platis D, Maw MM, Morris J, Pollack S, Kawai F. How Long Does (S)He Have? Retrospective Analysis of Outcomes After Palliative Extubation in Elderly, Chronically Critically Ill Patients. *Crit Care Med*. 2016;44(6):1138-44.
8. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 1.805/2006. Brasília; 2006. [acesso 21 ago 2018]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>.
9. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: resolução CFM1.931/09. Brasília: CFM; 2010.
10. Moritz RD, organizadora. Conflitos bioéticos do viver e do morrer. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2011.
11. Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS. Withdrawing Intensive Life-Sustaining Treatment - Recommendations for Compassionate Clinical Management. *N Engl J Med*. 1997;336:652-7.
12. Asch DA, Faber-Langendoen K, Shea JA, Christakis NA. The sequence of withdrawing life-sustaining treatment from patients. *Am J Med*. 1999;107(2):153-6.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Circular normativa nº 09/DGCG. Brasília; 2003. [acesso 17 set 2018]. Disponível em: <http://www.myos.com.pt/files/circular5sinalvital.pdf>

14. Morete MC, Mofatto SC, Alves PC, Paula SA, Odiema MT. Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(4):373-8.
15. Faria R da SB, Moreno RP. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25:137-47.
16. Campbell ML, Templin T, Walch J. A Respiratory Distress Observation Scale for Patients Unable To Self-Report Dyspnea. *J Palliat Med*. 2010;13(3):285-90.
17. Lanken PN, Terry PB, DeLisser HM, et al. An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care for Patients with Respiratory Diseases and Critical Illnesses. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;177(8):912-27.
18. Himmelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D. Pediatric Palliative Care. *N Engl J Med*. 2004;350(17):1752-62.
19. Carvalho RT, Parsons HA, organizadore. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. São Paulo: Acadmia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.
20. Kompanje EJO, Van Der Hoven B, Bakker J. Anticipation of distress after discontinuation of mechanical ventilation in the ICU at the end of life. *Intensive Care Med*. 2008;34(9):1593-9.
21. Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, Kenny L. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. *Intensive Care Med*. 2016;42(6):1003-17.
22. Campbell ML. How to Withdraw Mechanical Ventilation. *AACN Adv Crit Care*. 2007;18(4):397-403.
23. Kompanje EJO. "Death rattle" after withdrawal of mechanical ventilation: Practical and ethical considerations. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006;22(4):214-9.

**APENDICE VI -Critérios a serem julgados pelos juízes especialistas: “Protocolo de Extubação Paliativa do IMIP” –  
Versão Completa**

Critérios a serem julgados pelos juízes especialistas:  
“Protocolo de Extubação Paliativa do IMIP” – Versão Completa

Nome Juiz-especialista: \_\_\_\_\_

Marque com um “X” a coluna de acordo com o grau de concordância de Likert:

<u>1. Objetivos</u>	<u>5 - Concordo Plenamente</u>	<u>4 - Concordo</u>	<u>3 - Nem Concordo Nem Discordo</u>	<u>2 - Discordo</u>	<u>1 - Discordo Plenamente</u>
1.1 Os objetivos são Claros					
1.2 Estão coerentes com o conteúdo apresentado					
1.3 Pode circular no meio científico tanto na área de cuidados paliativos quanto na medicina intensiva					
1.4 Atende aos objetivos dos cuidados paliativos					

**Sugestões:** Em caso de não concordância (notas 1-3), sinalize o item em discordância e dê sugestões para melhorias no protocolo.

2. <u>Conteúdo</u>	<u>Concordo</u> <u>Plenamente</u>	<u>Concordo</u>	<u>Nem</u> <u>Concordo</u> <u>Nem</u> <u>Discordo</u>	<u>Discordo</u>	<u>Discordo</u> <u>Plenamente</u>
2.1 Atende ao tema e aos objetivos propostos					
2.2 É atualizado e contém informações corretas (fontes e referências)					
2.3 Os textos são de fácil leitura					
2.4 O estilo de redação está compatível com o nível do público-alvo proposto					
2.5 As informações são bem estruturadas em concordância com a ortografia					
2.6 O Tamanho do título e os tópicos estão adequados					

**Sugestões:** Em caso de não concordância (notas 1-3), sinalize o item em discordância e dê sugestões para melhorias no protocolo.



3. <u>Relevância</u>	<u>Concordo</u> <u>Plenamente</u>	<u>Concordo</u>	<u>Nem</u> <u>Concordo</u> <u>Nem</u> <u>Discordo</u>	<u>Discordo</u>	<u>Discordo</u> <u>Plenamente</u>
3.1 Os itens abrangem aspectos importantes que devem ser reforçados					
3.2 O protocolo propõe ao leitor adquirir conhecimento quanto as técnicas de tomada de decisão, comunicação, monitorização e condução dos temas abordados?					
3.3 Estar adequado para ser utilizado pelos residentes, profissionais médicos e multidisciplinares que assistem os pacientes em cuidados de fim de vida?					

**Sugestões:** Em caso de não concordância (notas 1-3), sinalize o item em discordância e dê sugestões para melhorias no protocolo.

**APENDICE VII – Critérios a serem julgados pelos juízes especialistas: “Protocolo de Extubação Paliativa do IMIP” – Versão Simplificada**

Critérios a serem julgados pelos juízes especialistas:  
 “Protocolo de Extubação Paliativa do IMIP” – Versão Simplificada

Nome Juiz-especialista: \_\_\_\_\_

Marque com um “X” a coluna de acordo com o grau de concordância de Likert:

<b>1. <u>Objetivos</u></b>	<b><u>5 -</u> <u>Concordo</u> <u>Plenamente</u></b>	<b><u>4 -</u> <u>Concordo</u></b>	<b><u>3 - Nem</u> <u>Concordo</u> <u>Nem</u> <u>Discordo</u></b>	<b><u>2 -</u> <u>Discordo</u></b>	<b><u>1 -</u> <u>Discordo</u> <u>Plenamente</u></b>
1.1 Os objetivos são Claros					
1.2 Estão coerentes com o conteúdo apresentado					
1.3 Pode circular no meio científico tanto na área de cuidados paliativos quanto na medicina intensiva					
1.4 Atende aos objetivos dos cuidados paliativos					

**Sugestões:** Em caso de não concordância (notas 1-3), sinalize o item em discordância e dê sugestões para melhorias no protocolo.

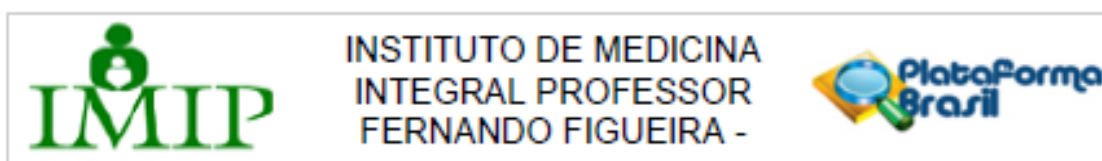
2. <u>Conteúdo</u>	<u>Concordo</u> <u>Plenamente</u>	<u>Concordo</u>	<u>Nem</u> <u>Concordo</u> <u>Nem</u> <u>Discordo</u>	<u>Discordo</u>	<u>Discordo</u> <u>Plenamente</u>
2.1 Atende ao tema e ao objetivo proposto					
2.2 É atualizado e contém informações corretas (fontes e referências)					
2.3 Os textos são de fácil leitura					
2.4 O estilo de redação está compatível com o nível do público-alvo proposto					
2.5 As informações são bem estruturadas em concordância com a ortografia					
2.6 O Tamanho do título e os tópicos estão adequados					

**Sugestões:** Em caso de não concordância (notas 1-3), sinalize o item em discordância e dê sugestões para melhorias no protocolo.

3. <u>Relevância</u>	<u>Concordo</u> <u>Plenamente</u>	<u>Concordo</u>	<u>Nem</u> <u>Concordo</u> <u>Nem</u> <u>Discordo</u>	<u>Discordo</u>	<u>Discordo</u> <u>Plenamente</u>
3.1 Os itens abrangem aspectos importantes que devem ser reforçados					
3.2 O protocolo propõe ao leitor adquirir conhecimento quanto as técnicas de tomada de decisão, comunicação, monitorização e condução dos temas abordados?					
3.3 Estar adequado para ser utilizado pelos residentes, profissionais médicos e multidisciplinares que assistem os pacientes em cuidados de fim de vida?					

**Sugestões:** Em caso de não concordância (notas 1-3), sinalize o item em discordância e dê sugestões para melhorias no protocolo.

## ANEXO I - Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Elaboração e Validação de Protocolo Institucional de Extubação Paliativa do IMIP

**Pesquisador:** Flávia Augusta de Orange

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 02427818.8.0000.5201

**Instituição Proponente:** Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.174.577

#### Apresentação do Projeto:

Atendimento a pendência do projeto de mestrado profissional intitulado "ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE EXTUBAÇÃO PALIATIVA DO IMIP". Com o avanço da medicina e o uso cada vez mais frequente de tecnologias e máquinas na constante luta contra as doenças e a morte, a expectativa de vida da população aumenta a cada dia e as doenças crônicas conseguem ser controladas por mais tempo. A medicina por vezes consegue evitar a morte, mas é imposto ao enfermo uma qualidade de vida questionável e o ato de viver deixa de ser natural e dá lugar a máquinas, como a respiração através de aparelhos, longos internamentos hospitalares e sociabilização com o mundo em volta restrito as paredes de um quarto. A morte, que é um evento certo na vida de qualquer indivíduo, é encarada como tabu e o princípio da sacralidade de vida supera o da qualidade de vida, o que na maioria dos casos não condiz com o desejo do paciente. No contexto de uma enfermidade aguda e ameaçadora de morte, devemos fazer uso de todo o aparato tecnológico que tivermos acesso para tentar recuperar a saúde do doente. Porém em casos de não reversibilidade e quando a morte ou uma vida ligada a aparelhos são os desfechos esperados, a retirada do suporte avançado a vida deve ser considerada e ao paciente é permitido morrer ou viver com o mínimo de dignidade possível. Em decorrência do alto número de pacientes terminais que morrem todos os dias nas UTIs e nas emergências clínicas dos hospitais públicos do país, o estudo do cuidado de final de vida nesse cenário é uma necessidade que se faz presente. A criação de instrumentos que auxiliem na condução desses casos e otimizam

Endereço: Rua dos Coelhos, 300  
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-902  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comtedetica@imp.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA  
INTEGRAL PROFESSOR  
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 3.174.577

a utilização dos leitos de suporte avançado a vida também se justifica e é o que se propõe o presente estudo. É estudo metodológico realizado pela equipe de cuidados paliativos do IMIP, em conjunto com especialistas das unidades de suporte avançado a vida, UTIs e sala de reanimação do SPA e da emergência pediátrica. O desenvolvimento será em três etapas: Elaboração do conteúdo levando em consideração as melhores evidências disponíveis, discussão das principais condutas frente a um grupo de consenso e validação do conteúdo do protocolo através de análise de juízes-especialistas. O estudo será desenvolvido no período compreendido entre 01 de Janeiro a 30 de junho de 2019.

#### Objetivo da Pesquisa:

Segundo o pesquisador, o objetivo geral é: "Elaborar e validar um protocolo de Extubação Paliativa do IMIP que seja capaz de fornecer subsídio técnico-prático para sua condução deste procedimento nas UTIs adulto, pediátrica e neonatal, além do SPA e emergência pediátrica do IMIP de forma segura e uniformizada, respalda na literatura nacional e internacional sobre o assunto, respeitando a regulamentação da CFM e as orientações do CEM."

Os objetivos específicos são:

- Elaboração do conteúdo levando em consideração as melhores evidências disponíveis
- Discussão das principais condutas frente a um grupo de consenso
- Validação do conteúdo do protocolo através de análise de juízes-especialistas.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos apresentados: "Por envolver seres humanos, os juízes-especialistas, há um risco mínimo no nosso estudo, por constrangimento aos participantes (juízes-especialistas), na fase de validação do conteúdo do protocolo, ao avaliar o conteúdo e propor modificações, caso discorde do material. Esse risco será minimizado através da confidencialidade dos envolvidos, mantendo-se total sigilo dos resultados, os quais ficarão disponíveis apenas a equipe responsável pelo estudo.

Outro possível risco aos membros participantes da pesquisa é a perda de tempo para apreciação e posterior avaliação do material a ser validado, o qual será minimizado com a disponibilização de um prazo mais amplo para o retorno das repostas, de acordo com as demandas de cada juiz-especialista, já que se trata de autoridades nacionais em Cuidados Paliativos e possuem uma agenda de compromissos locais e nacionais atribulada. Além disso, o pronto atendimento dos pesquisadores envolvidos para retirada de dúvidas e envio de material conforme necessidades dos juízes-especialistas.

Em relação a perda do banco de dados, também o risco é mínimo pelo fato de a troca de

Endereço: Rua dos Coelhos, 300	CEP: 50.070-902
Bairro: Boa Vista	
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2122-4756	Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA  
INTEGRAL PROFESSOR  
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 3.174.577

informações serem via e-mails, os quais são salvos instantaneamente. Para aqueles juízes-especialistas que requeiram material enviado via correio, solicitaremos que sejam realizadas cópias dos documentos após conclusão da avaliação, as quais serão enviadas no lugar dos documentos originais, que ficarão aos cuidados dos juízes-especialistas.”

**Benefícios apresentados:**

“Por se tratar de um instrumento para a assistência aqueles pacientes em fase terminal de vida, internados nas unidades de terapia intensiva, visa a melhoria da qualidade de vida e de morte, com dignidade, dentro das determinações da ética / resoluções e evidência científica atual.

Em se tratando de uma pesquisa que visa a elaboração e validação de um protocolo assistencial em cuidados paliativos com foco na medicina intensiva, proporcionará aos juízes-especialistas, um panorama do que está sendo desenvolvido/realizado nos locais longínquos aos seus locais de trabalho, visando a troca de conhecimentos e produção científica em cuidados paliativos nas mais diversas áreas de atuação no que tange o suporte avançado a vida ao paciente em fase terminal de qualquer doença.”

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Relevante e inovadora.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

De acordo.

**Recomendações:**

Ajuste do cronograma quanto à data de submissão ao CEP

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1234504.pdf	18/12/2018 07:18:23		Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.doc	18/12/2018 07:17:52	Flávia Augusta de Orange	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Extubacao_Paliativa.doc	18/12/2018 07:17:33	Flávia Augusta de Orange	Aceito

Endereço: Rua dos Coelho, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-902

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA  
INTEGRAL PROFESSOR  
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 3.174.577

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	18/12/2018 07:17:15	Flávia Augusta de Orange	Aceito
Outros	carta_encaminhamento.pdf	14/12/2018 12:02:40	Flávia Augusta de Orange	Aceito
Outros	Lattes_Mirella.pdf	29/10/2018 16:56:37	Flávia Augusta de Orange	Aceito
Outros	Lattes_Livia.pdf	29/10/2018 16:56:14	Flávia Augusta de Orange	Aceito
Outros	Lattes_Flavia.pdf	29/10/2018 16:55:27	Flávia Augusta de Orange	Aceito
Outros	SIGAP.jpg	29/10/2018 16:52:56	Flávia Augusta de Orange	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta1.pdf	29/10/2018 16:51:47	Flávia Augusta de Orange	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAssinado.pdf	08/10/2018 23:12:45	Flávia Augusta de Orange	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 27 de Fevereiro de 2019

Assinado por:

Lygia Carmen de Moraes Vanderlei  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-902

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@imp.org.br



## ANEXO II - Recomendações da Revista Brasileira De Terapia Intensiva para submissão na categoria “artigo original”



### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Processo de submissão](#)
- [Envio de manuscritos](#)

#### Escopo e política

A Revista Brasileira de Terapia Intensiva (RBTI), ISSN 0103-507X, publicada trimestralmente, é a revista científica da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). Tem como objetivo publicar pesquisas relevantes, que visem melhorar o cuidado dos pacientes agudamente doentes, por meio da discussão, da distribuição e da promoção de informação baseada em evidências, aos profissionais envolvidos com medicina intensiva. Nela, são publicados artigos de pesquisas, revisões, comentários, relatos de casos e cartas ao editor, em todas essas áreas do conhecimento, relacionadas aos cuidados intensivos do paciente grave.

RBTI endossa todas as recomendações da *International Committee of Medical Journal Editors - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*, atualizada em Abril de 2010 e disponível em [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html).

Qualquer contribuição a RBTI deve ser original e o manuscrito, ou parte dele, não deve estar em avaliação em qualquer outro periódico. Ainda, os autores não devem submeter um mesmo manuscrito em diferentes idiomas para diferentes periódicos. Os autores devem declarar qualquer potencial publicação que contenha dados ou partes do manuscrito enviado para avaliação do Editor. Os manuscritos enviados a RBTI estão sujeitos a avaliação através de ferramentas para detectar plágio, duplicação ou fraude, e sempre que estas situações forem identificadas, o Editor contatará os autores e suas instituições. Se tais situações forem detectadas, os autores devem preparar-se para uma recusa imediata do manuscrito. Se o Editor não estiver ciente desta situação previamente a publicação, o artigo será retratado na próxima edição da RBTI.

#### Processo de submissão

Os manuscritos podem ser submetidos em português, inglês ou espanhol. A RBTI é publicada na versão impressa em português e em formato eletrônico em português e inglês.

Os autores não são submetidos à taxa de submissão de artigos e de avaliação.

Os artigos submetidos em português (ou espanhol) serão traduzidos para o inglês e os submetidos em inglês serão traduzidos para o português gratuitamente pela revista. Todos os artigos devem ser submetidos eletronicamente em: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbti-scielo>

**Os autores deverão encaminhar à revista: Carta ao editor - A carta deve conter uma declaração de que o artigo é inédito, não foi ou não está sendo submetido à publicação em outro periódico. Os autores também devem declarar que o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em**

Pesquisa (CEP) da instituição onde o mesmo foi realizado (ou o CEP de referência) fornecendo o número de aprovação do mesmo e, caso apropriado, uma declaração de que o consentimento informado foi obtido ou sua não obtenção foi aprovada pelo CEP. Se necessário, durante o processo de revisão, os autores podem ser solicitados e enviar uma cópia da carta de aprovação do CEP.

**Declaração de Conflitos de Interesse** - Os autores devem obter o formulário apropriado (disponível em: [http://www.rbti.org.br/imagebank/pdf/Disclosure\\_of\\_Potential\\_Conflits.pdf](http://www.rbti.org.br/imagebank/pdf/Disclosure_of_Potential_Conflits.pdf)) e, depois da assinatura pelos autores, anexá-lo durante o processo de submissão. A Declaração de Conflito de Interesses, segundo Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1595/2000, veda que em artigo científico seja feita promoção ou propaganda de quaisquer produtos ou equipamentos comerciais.

**Financiamento** - Informações sobre eventuais fontes de financiamento da pesquisa serão requisitadas durante o processo de submissão bem como na página de rosto do artigo.

**Transferência de direitos autorais e autorização para publicação** - Após aceitação do artigo, uma autorização assinada por todos os autores para publicação e transferência dos direitos autorais à revista deve ser enviada a Revista (disponível em [http://www.rbti.org.br/imagebank/pdf/authors\\_responsability\\_and\\_copyrigt\\_transfer.pdf](http://www.rbti.org.br/imagebank/pdf/authors_responsability_and_copyrigt_transfer.pdf)).

**Informação de pacientes** - Para todos os manuscritos que incluem informação ou fotografias clínicas onde os pacientes possam ser identificados individualmente, deve ser enviado termo de consentimento escrito e assinado de cada paciente ou familiar.

### **Processo de revisão**

Todos os artigos submetidos são objeto de cuidadosa revisão. A submissão inicial será inicialmente revisada pela equipe técnica da revista para garantir que a mesma está em acordo com os padrões exigidos pela revista e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos originais, incluindo os requisitos éticos para experimentos em humanos e animais. Após essa conferência inicial, o artigo poderá ser devolvido aos autores para readequação.

Posteriormente, os manuscritos submetidos para apreciação serão encaminhados ao Editor, que fará uma análise inicial. Aqueles que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem na política editorial da revista, serão rejeitados sem processo formal de revisão por pares. O tempo médio para essa resposta é de uma semana.

Após aprovação pelo Editor chefe ou de um dos editores por ele designados, o artigo será encaminhado para avaliação por dois ou mais revisores. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do manuscrito, sendo o anonimato garantido em todo processo editorial. O prazo para a primeira resposta aos autores é de 30 dias apesar de um tempo mais longo ser por vezes necessário. Os editores podem emitir uma das seguintes opiniões: aceito, revisões mínimas, revisões significativas, rejeição com possibilidade de resubmissão ou rejeição. A taxa de aceitação de artigos é atualmente de 30%. Nos últimos 12 meses, o tempo médio entre submissão a primeira decisão foi de 28 dias.

Após o recebimento dos pareceres dos revisores, os autores terão o prazo de 60 dias para submeter a versão com as modificações sugeridas bem como a resposta ponto a ponto para cada um dos revisores. Os autores podem contatar a revista ([rbti.artigos@amib.org.br](mailto:rbti.artigos@amib.org.br)) solicitando extensão desse prazo. Caso essa submissão não ocorra num período de 6 meses o artigo será retirado do banco de dados e uma eventual re-submissão seguirá os trâmites de uma submissão inicial. Após a resubmissão, os editores podem escolher entre enviar o manuscrito novamente para revisão externa ou decidir com base em sua expertise.

As opiniões expressas nos artigos, inclusive as alterações solicitadas pelos revisores, serão de responsabilidade única dos autores.

### **Ética**

Quando relatando estudos em humanos, os autores devem indicar se os procedimentos do estudo estão de acordo com os padrões éticos definidos pelo Comitê responsável por estudos em humanos (institucional ou nacional, se aplicável) e de acordo com a Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000. Quando se tratar de estudos em animais, os autores devem indicar se as diretrizes institucionais e/ou nacionais para cuidados e uso de animais de laboratório foram seguidas. Em qualquer pesquisa, clínica ou experimental, em humanos ou animais, essas informações devem constar da sessão Métodos.

Os preceitos éticos da Revista Brasileira de Terapia Intensiva podem ser encontrados em nosso site (<http://www.rbti.org.br/eticas.asp>).

### **Critérios para autoria**

Somente pessoas que contribuíram diretamente para o conteúdo intelectual do artigo devem ser consideradas autoras, de acordo com os critérios:

1. elaborou a ideia inicial e planejou o trabalho ou interpretou os resultados finais OU
2. escreveu o artigo ou revisou sucessivas versões E
3. aprovou a versão final do artigo.

Posições administrativas, coleta de dados e estímulo não são considerados critérios para autoria e, quando cabível, devem constar apenas na sessão de agradecimentos.

### **Preparo dos manuscritos**

Todos os artigos devem incluir:

#### **Página título:**

Título completo do artigo

Nomes completos, por extenso, de todos os autores

Afiliação institucional de cada autor (apenas a principal, ou seja, aquela relacionada a instituição onde o trabalho foi produzido).

O endereço completo (incluindo telefone, fax e e-mail) do autor para correspondência.

O nome da instituição que deve ser considerada como responsável pelo envio do artigo.

Fonte financiadora do projeto.

Running title - Deve ser fornecido um título alternativo para o artigo, com no máximo 60 caracteres (com espaços). Esse nome deverá constar no cabeçalho de todas as folhas do artigo.

Título de capa - Nos casos em que o título do artigo tenha mais de 100 caracteres (com espaços), deve ser fornecido um título alternativo, com no máximo 100 caracteres (com espaços) para constar da capa da revista.

### **Resumo e Abstract**

Resumo: O resumo deve conter no máximo que 250 palavras, evitando-se ao máximo o uso de abreviaturas. Deve ser estruturado com os mesmos capítulos usados no texto principal (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão) refletindo acuradamente o conteúdo do texto principal. Quando se tratar de artigos de revisão e relatos de casos o resumo não deve ser estruturado. Para Comentários o resumo não deve exceder 100 palavras.

Abstract: O resumo em inglês deverá ser feito apenas para aqueles artigos submetidos nessa língua. Artigos submetidos em português terão seu resumo traduzido para o inglês pela revista.

### **Descritores**

Devem ser fornecidos seis termos em português e inglês, que definam o assunto do trabalho. Devem ser, obrigatoriamente, baseados no MeSH (Medical SubjectHeadings) da National Library of Medicine, disponíveis no endereço eletrônico: <http://www.nlm.nih.gov/mesh>.

### **Texto**

Os artigos devem ser submetidos em arquivo Word®, com letra 12 Times New Roman e espaço duplo, inclusive em tabelas, legendas e referências. Em todas as categorias de artigos, as citações no texto devem ser numéricas, sobrescritas e sequenciais.

### **Artigos originais**

Os artigos originais são aqueles que trazem resultados de pesquisas. Devem ter no máximo 3.500 palavras no texto, descontadas folha de rosto, resumo, tabelas e referências. Artigos com maior número de palavras necessitam ser aprovados pelo editor. O número máximo de autores recomendado é de oito. Caso haja necessidade de incluir mais autores, deve vir acompanhado de justificativa, com explicitação da participação de cada um na produção do mesmo. Artigos originais deverão conter: *Introdução* - esta sessão deve ser escrita de forma a se dirigir a pesquisadores sem conhecimento específico na área e deve claramente oferecer - e, se possível, ilustrar - a base para a pesquisa e seus objetivos. Relatos de pesquisa clínica devem, sempre que apropriado, incluir um resumo da pesquisa da literatura para indicar porque o estudo foi necessário e o que o estudo visa contribuir para o campo. Esta sessão deve terminar com uma breve declaração do que está sendo relatado no artigo.

*Métodos* - Deve incluir o desenho do estudo, o cenário, o tipo de participantes ou materiais envolvidos, a clara descrição das intervenções e comparações, e o tipo de análise usada, incluindo o poder de cálculo, se apropriados.

*Resultados* - Os resultados devem ser apresentados em sequência lógica e clara. Os resultados da análise estatística devem incluir, quando apropriado, riscos relativo e absoluto ou reduções de risco, e intervalos de confiança.

*Discussão* - Todos os resultados do trabalho devem ser discutidos e comparados com a literatura pertinente.

*Conclusão* - Deve discorrer claramente as conclusões principais da pesquisa e fornecer uma clara explicação da sua importância e relevância.

*Referências* - devem ser ordenadas por sequência de citação no texto e limitar-se a um máximo 40 referências. Ver abaixo normas para elaboração das referências.

### **Artigos de revisão**

Artigo de revisão é uma descrição compreensiva de certo aspecto de cuidado de saúde relevante ao escopo da revista. Deve conter não mais que 4.000 palavras (descontadas folha de rosto, resumo, tabelas e referências) e até 50 referências. Devem ser redigidos por autores de reconhecida experiência na área e o número de autores não deve exceder três, salvo justificativa a ser encaminhada a revista. As revisões podem ser sistemáticas ou narrativas. Nas revisões é recomendado haver, também, o capítulo "Métodos" que relaciona as fontes de evidências usadas e as palavras chave usadas para realizar a busca da bibliografia. Revisões sistemáticas da literatura, que contenham estratégia de busca e resultados de forma apropriada, são consideradas artigos originais.

### **Relato de casos**

Relata casos de uma determinada situação médica, especialmente rara, descrevendo seus aspectos, história, condutas, etc., incluindo resumo não estruturado, breve introdução e revisão da literatura, descrição do caso e breve discussão. Deverá ter no máximo 2.000 palavras, com cinco autores e até 10 referências.

### **Comentários**

São artigos de opinião escritos por especialistas e lidos pela comunidade médica em geral. Usualmente são feitos a convite dos editores, contudo, os não solicitados são

bem-vindos e serão rotineiramente avaliados para publicação. O objetivo do comentário é destacar algo, expandindo os assuntos destacados, e sugerir a sequência. Qualquer declaração deve ser acompanhada por uma referência, mas prefere-se que a lista de referências não exceda a 15. Para a leitura, as sentenças devem ser curtas e objetivas. Usar subtítulos para dividir o comentário em sessões. Devem ser curtos, com no máximo 800 a 1.000 palavras, excluindo o resumo e as referências. O número de autores não deve exceder dois, salvo justificativa.

### **Cartas ao editor**

Comentários em qualquer artigo publicado na revista, cabendo geralmente uma resposta do autor ou do editor. Não é permitida tréplica. Devem ter no máximo 500 palavras e até cinco referências. O artigo da RBTI ao qual a carta se refere deve ser citado no texto e nas referências. Os autores devem também enviar seus dados de identificação e endereço completo (incluindo telefone, fax e e-mail). Todas as cartas são editadas e enviadas para os autores antes da publicação.

### **Diretrizes**

A Revista publica regularmente as diretrizes e recomendações produzidas tanto pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) quanto pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI).

### **Agradecimentos**

Os autores devem usar esta sessão para agradecer financiamentos da pesquisa, ajuda de organismos acadêmicos; de instituições de fomento; de colegas ou outros colaboradores. Os autores devem obter permissão de todos os mencionados nos agradecimentos. Devem ser concisos não excedendo a 4 linhas.

### **Referências**

Devem ser atualizadas contendo, preferencialmente, os trabalhos mais relevantes publicados nos últimos cinco anos, sobre o tema. Não devem conter trabalhos não referidos no texto ou não publicados. As referências deverão ser numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas no texto e identificadas com algarismos arábicos. A apresentação deverá seguir o formato denominado "*Vancouver Style*", conforme modelos abaixo. Os títulos dos periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *National Library of Medicine*, disponível em "*List of Journal Indexed in Index Medicus*" no endereço eletrônico: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Quando em número maior, citar os seis primeiros autores seguidos da expressão et al.

### **Artigos em formato impresso**

Dellinger RP, Vincent JL, Silva E, Townsend S, Bion J, Levy MM. Surviving sepsis in developing countries. *Crit Care Med*. 2008;36(8):2487-8.

Levy MM, Vincent JL, Jaeschke R, Parker MM, Rivers E, Beale R, et al. Surviving Sepsis Campaign: Guideline Clarification. *Crit Care Med*. 2008;36(8):2490-1.

### **Artigos em formato eletrônico**

Buerke M, Prondzinsky R. Levosimendan in cardiogenic shock: better than enoximone! *Crit Care Med* [Internet]. 2008 [cited 2008 Aug 23];36(8):2450-1. Available from: <http://www.ccmjournal.com/pt/re/ccm/abstract.00003246-200808000-00038.htm>

Hecksher CA, Lacerda HR, Maciel MA. Características e evolução dos pacientes tratados com drotrecogina alfa e outras intervenções da campanha "Sobrevivendo à Sepsis" na prática clínica. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2008 [citado 2008 Ago

23];20(2):135-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n2/04.pdf>

### **Artigo de suplemento**

Walker LK. Use of extracorporeal membrane oxygenation for preoperative stabilization of congenital diaphragmatic hernia. *Crit Care Med.* 1993;21 (Suppl):S379-S380.

### **Livro**

Doyle AC. *Biological mysteries solved*. 2nd ed. London: Science Press; 1991.

### **Capítulo de livro**

Lachmann B, van Daal GJ. Adult respiratory distress syndrome: animal models. In: Robertson B, van Golde LM. *Pulmonary surfactant*. 2nd ed. Amsterdam: Elsevier; 1992. p. 635-66.

### **Resumo publicado**

Varvinski AM, Findlay GP. Immediate complications of central venous cannulation in ICU [abstract]. *Crit Care.* 2000;4(Suppl 1):P6.

### **Artigo "In press"**

Giannini A. Visiting policies and family presence in ICU: a matter for legislation? *Intensive Care Med.* In press 2012.

### **Tabelas e figuras**

Todas as figuras e tabelas devem ser numeradas e mencionadas no texto na ordem que são citadas. Tabelas e figuras devem ser colocadas ao final do texto, após as referências, uma em cada página, sendo as últimas idealmente feitas em *Microsoft Excel®*, Tif ou JPG com **300 DPI**. Figuras que necessitem melhor resolução podem ser submetidas em arquivos separados. Figuras que contenham textos devem vir em arquivos abertos para que possam ser traduzidas. Caso isso não seja possível, o autor se responsabilizará pela tradução.

As grandezas, unidades e símbolos utilizados nas tabelas devem obedecer a nomenclatura nacional. As figuras devem vir acompanhadas de legenda explicativa dos resultados, permitindo a compreensão sem a consulta do texto.

A legenda das tabelas e figuras deve ser concisa, porém autoexplicativa, permitindo a compreensão sem a consulta do texto. As unidades de medida devem vir no corpo da tabela e os testes estatísticos indicados na legenda.

Fotografias de cirurgia e de biópsias, onde foram utilizadas colorações e técnicas especiais, serão consideradas para impressão colorida, sendo o custo adicional de responsabilidade dos autores. Se as ilustrações já tiverem sido publicadas, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor ou editor.

A reprodução de figuras, quadros, gráficos e ou tabelas que não de origem do trabalho, devem mencionar a fonte de onde foram extraídas.

### **Abreviaturas e siglas**

O uso de abreviaturas deve ser evitado no título do trabalho, no resumo e no título das tabelas e figuras. Seu uso deve ser minimizado em todo o texto. Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. No rodapé das figuras e tabelas devem ser discriminados o significado das abreviaturas, símbolos e outros sinais.


### **Envio de manuscritos**

Os artigos deverão ser submetidos eletronicamente no endereço: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbti-scielo> © 2016

## ANEXO III – Submissão do artigo na Revista Brasileira de Terapia Intensiva

16/04/2019

ScholarOne Manuscripts

 **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**

[Home](#)

[Author](#)

### Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

**Submitted to**

Revista Brasileira de Terapia Intensiva

**Manuscript ID**

RBTI-2019-0145

**Title**

Elaboração e Validação de Protocolo Institucional de Extubação Paliativa

**Authors**

Interaminense Olsen, Livia

**Date Submitted**

16-Apr-2019

[Author Dashboard](#)

16/04/2019

ScholarOne Manuscripts

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2019. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)