

AÇÕES PALIATIVAS
NOS CUIDADOS
INTENSIVOS

Ana Rita Marques Afonso

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Hospital Fernando da Fonseca

Abril de 2012

Resumo

Introdução: Actualmente, mais de 70% dos óbitos ocorrem nos hospitais. Nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), pelo arsenal tecnológico disponível, torna-se quase impossível morrer sem a anuência do médico intensivista. A prioridade da prática nas UCIs é salvar vidas, mas a medicina moderna tende a subestimar o conforto do doente terminal. Para que a dor e o sofrimento neste processo de morte sejam minimizados há necessidade de criação de protocolos de cuidados paliativos nas UCIs. Infelizmente, ainda há muitas barreiras para a promoção destes cuidados nas UCIs.

Objectivos: Pretende-se avaliar o estado atual do conhecimento sobre doença terminal e sobre ações paliativas nas UCIs, abordar as principais estratégias para uma adequada comunicação entre os profissionais de saúde, doentes e suas famílias e estabelecer quais as decisões a tomar perante um doente terminal e quais os cuidados/ações paliativas a implementar nessas Unidades.

Resultados e conclusões: O acesso a ações/cuidados paliativos nos doentes internados nas UCIs requer a colaboração dos profissionais de saúde, mudanças na educação, utilização de prática baseada na evidência, aplicação de princípios éticos e melhoria no sistema de saúde.

Abstract

Introduction: Currently, over 70% of deaths occur in hospitals. In Intensive Care Units (ICUs), because of the technology available, it is almost impossible to die without the consent of the intensivist. The priority goal in ICUs is to save lives, but modern medicine tends to underestimate the comfort of the terminally ill. There is a need to implement protocols in ICUs in order to minimize de pain and suffering in dying process. Unfortunately, there are many barriers to the promotion of effective palliative care in ICUs.

Objectives: The aim is to assess the current knowledge about terminal illness and palliative actions in ICUs, address key strategies for adequate communication between healthcare professionals, patients and their families and establish what decisions to make before a terminally ill.

Results and conclusions: The access to palliative care actions in hospitalized patients in ICUs requires collaboration of health professionals, changes in education, use of evidence-based practice, and application of ethical principles.

Introdução

A partir do século XX, o poder de intervenção do médico cresceu enormemente sem que ocorresse simultaneamente uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos doentes. Aspectos culturais associados aos factores sociais, como a dificuldade do tratamento de um doente terminal no seu lar, levaram à morte institucionalizada. Actualmente, mais de 70% dos óbitos ocorrem nos hospitais. Nas unidades de cuidados intensivos (UCIs), pelo arsenal tecnológico disponível, torna-se quase impossível morrer sem a anuência do médico intensivista. Os óbitos nas UCIs, a nível mundial, são precedidos, em 30 a 50% dos casos, de decisões sobre a suspensão ou recusa de tratamentos considerados fúteis ou inúteis.

A esperança média de vida é cada vez maior e, conseqüentemente, os doentes vivem com problemas de saúde mais sérios e complexos, o que, para muitos, significa múltiplas admissões nas UCIs durante o curso da sua doença. Infelizmente, há muitas barreiras para a promoção de cuidados paliativos efectivos. Essas barreiras incluem competências insuficientes sobre questões relacionadas com o fim de vida, incapacidade para os doentes participarem em discussões sobre o seu tratamento e expectativas irreais dos doentes e familiares sobre o prognóstico do doente ou do tratamento nas UCIs.

Os membros das equipas multiprofissionais das UCIs sentem-se angustiados perante as dúvidas sobre o real significado da vida e da morte: “Até quando se deve avançar nos procedimentos de suporte de vida? Em que momento se deve proceder à suspensão de medidas invasivas e de suporte de vida guiados por índices prognósticos ou por modelos de ética ou moralidade?”. Desprovida de preparação para essa questão, a medicina moderna passou a subestimar o conforto do doente terminal impondo-lhe uma longa e sofrida agonia, adiando a sua morte à custa do insensato e prolongado

sofrimento, praticando o “encarniçamento terapêutico”. Para que a dor e o sofrimento neste processo de morte sejam minimizados há necessidade de criação de protocolos de cuidados paliativos nas UCIs.

A população em geral e a maioria dos profissionais de saúde vêem os cuidados paliativos e os cuidados intensivos como entidades médicas opostas. Os cuidados intensivos são o epítomo do progresso da ciência e da técnica na medicina e simbolizam os esforços para salvar uma vida humana. Nas UCIs trabalham os médicos e os enfermeiros mais treinados e tecnicamente mais sofisticados para a preservação de vidas a todo o custo. Porém, intensivistas e médicos de cuidados paliativos têm objectivos comuns, importando-se com os doentes mais graves do sistema de saúde. Assim, o que inicialmente parece ser divergente, após reflexão, mostra uma forte concordância nos valores terapêuticos e objectivos destas duas disciplinas médicas. No final, o objectivo primário de uma das disciplinas, aumento da vida nos cuidados intensivos e conforto e qualidade de vida nos cuidados paliativos, representam um importante objectivo secundário para a outra.

A prioridade da prática nas UCIs é salvar vidas, mas a experiência dos clínicos no intensivismo e na palição sugere fortemente que os objectivos do prolongamento da vida, conforto e qualidade de vida são completamente compatíveis, aliás, complementares.

Definições

Cuidados paliativos - Ações ativas prestadas a doentes com doença progressiva e irreversível e aos seus familiares. Nesses cuidados é fundamental o controlo da dor e

de outros sintomas mediante a prevenção e o alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

Doença terminal - Um doente é considerado em fase terminal quando a sua doença, independentemente das medidas terapêuticas adoptadas, evolui de forma inexorável para a morte.

A irreversibilidade da doença é definida pela equipa médica e baseada nos indicadores de humanidade de *Fletcher* (Consciência; Cognição / reconhecimento; Satisfação das necessidades de vida diária; Memória / noção temporal; Capacidade motora; Linguagem ou outros meios de comunicação inteligível para expressão de pensamentos ou desejos), quando há ausência total e permanente de um ou mais destes itens de qualidade de vida.

Estabelecido o diagnóstico de doença terminal, os cuidados paliativos constituem o objectivo principal da assistência ao doente.

Cuidados paliativos na UCI - Cuidados prestados ao doente crítico em fase terminal, quando a cura é inatingível e, portanto, deixa de ser o objectivo da assistência médica. Nesta situação, o objectivo principal é o bem estar do doente, permitindo-lhe uma morte digna e tranquila. A instituição de acções/ cuidados paliativos e a identificação de medidas fúteis devem ser estabelecidas de forma consensual pela equipa multidisciplinar em consonância com o doente (se capaz), familiares ou o seu representante legal. Após definidas, as acções paliativas devem ser registadas de forma clara no processo clínico do doente.

Caso exista dúvida na tomada de decisão relativa à prescrição de um tratamento paliativo, sugere-se que o caso clínico seja discutido e apresentado à direcção da

instituição hospitalar para que esta, através dos seus instrumentos (Comissão de Ética, Bioética, etc.) emita a sua opinião.

Tratamento de suporte de vida - Todas as intervenções que possam aumentar a esperança de vida do doente: antibioterapia, cristalóides / colóides / hemoderivados, suporte vasopressor, alimentação parentérica, ventilação artificial, substituição da função renal, quimioterapia.

Tratamentos paliativos - Medidas terapêuticas, sem intenção curativa, que visam diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do doente (analgesia e sedação, hidratação, aspiração de secreções, anti-eméticos).

Tratamentos limitados - Incluem analgesia / sedação, fluidoterapia, alimentação por sonda nasogástrica / parenteral, oxigenoterapia, broncodilatação.

Cuidados de fim de vida - Prestados aos familiares e aos doentes em fase aguda e de intenso sofrimento, na evolução final de uma doença terminal, num período que pode preceder o óbito em horas ou dias.

Tratamento fútil - Qualquer intervenção que não atenda ou que seja incoerente com os objectivos propostos para um determinado doente.

No tratamento de um doente terminal são considerados tratamentos fúteis a nutrição entérica ou parentérica, administração de vasopressores, terapêutica de substituição renal, ventilação mecânica e, inclusivamente, o internamento ou permanência do doente numa UCI.

Princípios fundamentais dos cuidados paliativos:

Aceitar a morte como um processo natural do fim da vida;

Defender o melhor para o doente;

Repudiar futilidades diagnósticas e/ou terapêuticas;

Não encurtar a vida (eutanásia) nem prolongar o processo de morte (distanásia);

Garantir a qualidade de vida e do morrer (ortotanásia);

Aliviar a dor e outros sintomas associados;

Cuidar dos aspectos clínicos, psicológicos, sociais, espirituais dos doentes e seus familiares;

Respeitar a autonomia do doente ou do seu representante legal;

Avaliar o custo-benefício de cada atitude médica assumida;

Estimular a interdisciplinaridade como prática assistencial.

Os Cuidados Paliativos destinam-se a doentes que cumulativamente:

Não têm perspectiva de tratamento curativo;

Têm rápida progressão da doença e com expectativa de vida limitada;

Têm sofrimento intenso (dor incontrolável > 24 horas, outros sintomas não controlados (náusea, dispneia, vômitos, etc.), sofrimento psicossocial e/ou espiritual);

Têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Particularmente, numa UCI, têm indicação para ações/Cuidados Paliativos os doentes:

Portadores de uma ou mais condições crónicas limitantes (por exemplo demência, coma, SIDA, esclerose lateral amiotrófica, etc.);

Com duas ou mais admissões na UCI no mesmo internamento;

Cuja admissão hospitalar seja proveniente de instituição de média ou longa duração;

Com tempo prolongado de ventilação mecânica ou falha na tentativa de desmame ventilatório;

Com falência multiorgânica;

Candidatos à suspensão de suporte ventilatório com possibilidade consequente de óbito;

Com neoplasia metastática;

Com encefalopatia anóxica.

Comunicação na Unidade de Cuidados Intensivos

A comunicação é a transmissão de informação contínua de uma pessoa para a outra, sendo então partilhada por ambas. Para que haja comunicação é necessário que o destinatário da informação a receba e a compreenda. Quando a informação é simplesmente transmitida mas não é recebida, então não há comunicação. Para tal, é necessário alinhar o transmissor e o receptor no processo.

Para uma boa comunicação é necessário abolir possíveis interferências que transtornem a transmissão da informação, sendo elas:

- O **ruído** (todo e qualquer distúrbio ou barulho indesejável e que torna a comunicação menos eficaz);

- A **omissão** (ocorre quando o receptor não tem capacidade suficiente para captar o conteúdo inteiro da mensagem e somente recebe ou passa o que pode captar);

- A **distorção** (causada pela "percepção selectiva" do receptor. Cada pessoa selecciona consciente ou inconscientemente os estímulos e informações que lhe interessam e passa a percebê-los selectivamente, omitindo outras informações);

- A **sobrecarga** (ocorre quando os canais de comunicação conduzem um volume de informação maior do que sua capacidade de processá-las. A sobrecarga provoca omissão e contribui para a distorção).

Nas instituições hospitalares, incluindo nas UCIs, estão envolvidos no processo da comunicação os doentes, quando capazes, os seus familiares ou qualquer outra pessoa com proximidade afectiva ao doente, os médicos, enfermeiros, psicólogos e outros membros da equipa multidisciplinar.

São consideradas como barreiras na comunicação inerentes ao doente/família nas UCIs a cultura, a religião, a ética, os costumes, a atitude corporal, as ideias preconcebidas, as percepções e interpretações, o grau de escolaridade, os significados pessoais, a motivação e o interesse, a ausência de habilidade de comunicação, as emoções e o estado de ânimo, o idioma, a presença de traqueostomia, de entubação orotraqueal, sedação, alteração do estado de consciência, etc.

Para uma boa comunicação verbal por parte dos profissionais de saúde é necessário humildade, paciência, transparência e segurança. Deve-se promover a criação de uma relação empática, repetir a informação sempre que necessário, certificar-se de que a comunicação foi compreendida, saber ouvir/incentivar a comunicação do outro, usar um tom de voz adequado, ser sincero e transparente, disponibilizar tempo e colocar-se à disposição, manter um discurso consistente, oferecer o melhor apoio (pessoal/técnico), sugerir que a família se coloque na posição do doente, usar linguagem com palavras simples e precisas e evitar eufemismos ou demasiada tecnicidade.

Recomenda-se que nas UCIs exista um local adequado para a convivência com os familiares, que o médico não delegue noutros profissionais de saúde o seu papel na comunicação, que seja o mesmo médico a prestar informações ao representante familiar, que seja identificada na família do doente uma pessoa como interlocutor quando necessário, que não sejam antecipadas informações desnecessárias e/ou não solicitadas, que seja estabelecido pelo menos um horário exclusivo para o fornecimento das informações e que sejam uniformizadas as informações após um consenso entre todos os médicos envolvidos.

Decisão de suspensão de tratamentos de suporte de vida

Embora a decisão de suspensão de tratamentos fúteis seja relativamente comum nas UCIs, os cuidados com os doentes terminais levantam dificuldades éticas e clínicas.

Actualmente, com o aumento do número de doenças crónico-degenerativas (neoplasias, SIDA e algumas doenças neurológicas graves e rapidamente progressivas), torna-se imprescindível que os profissionais de saúde, principalmente os que trabalham nas UCIs e participam no processo de morte e sofrimento humano no seu quotidiano, adquiram competências, experiência e conhecimento necessários ao atendimento de casos clínicos sem possibilidades terapêuticas.

Para a prestação de ações/Cuidados Paliativos a doentes críticos e aos seus familiares devem ser seguidas diferentes áreas de actuação, respeitando os princípios bioéticos de *Beneficência, Não-maleficência, Autonomia e Justiça*:

- A *Beneficência*, no contexto médico, é o dever de agir no interesse do doente e determina que a acção médica deva incorporar a benevolência. É a maximização dos efeitos benéficos. A *Beneficência* baseia-se no aforismo Hipocrático “*Bonum facere*”.

- Visando a *Não-maleficência*, em que a acção do médico deve sempre causar o menor prejuízo ao paciente, o médico está autorizado a suspender intervenções fúteis, que somente prolongam o processo activo de morte, sem trazer benefícios ao doente. A *Não-maleficência* baseia-se no aforismo Hipocrático “*Primum non nocere*”.

- Respeitando a *Autonomia do doente*, este, se “competente”, ou o seu substituto no caso de doente “incompetente” (inconsciente, comatoso, demente, ou com uma das seguintes condições clínicas: delírio, depressão, psicose, intoxicação, atraso mental), têm direito a recusar tratamento, respeitando as suas decisões de acordo com os seus

objectivos definidos ou crenças pessoais, se compreenderem a explicação da condição clínica do doente, do tratamento disponível e do prognóstico, se comunicarem claramente e se compreenderem as consequências das suas escolhas. Para o completo atendimento dos acompanhantes do doente em estado crítico terminal é importante que seja reconhecido como familiar todo aquele que demonstra um vínculo afectivo ao participar do momento final da vida do doente.

Recentemente, em Portugal, e segundo a Lei nº 25/2012 publicada em Diário da República, a informação e documentação relativas às directivas antecipadas de vontade em matéria de cuidados de saúde sob a forma de testamento vital, e/ou à nomeação de procurador de cuidados de saúde passaram a ser formalizadas através de documento escrito, assinado presencialmente perante funcionário devidamente habilitado do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) ou notário e posteriormente anexado ao processo clínico do doente.

- O princípio da *Justiça* estabelece a Equidade como condição essencial da Medicina, impedindo que aspectos discriminatórios socioculturais ou outros interfiram na relação médico-doente.

Depois das intervenções nas UCIs serem suspensas, o conforto do doente é o objectivo primordial. Os sintomas que acompanham a suspensão de tratamentos de suporte de vida podem quase sempre ser controlados com medidas paliativas apropriadas.

A omissão de tratamentos médicos, a pedido do doente não suicida, não constitui crime. O médico, desde que não pertença a uma equipa de transplante, pode participar na tomada de decisão de suspender esforços terapêuticos considerados fúteis.

I. Limitar ou retirar tratamento

Actualmente, nas UCIs, o processo de morte é frequentemente precedido por decisões de limitar ou suspender tratamentos de suporte de vida e decisões de não reanimar (DNR).

Limitar tratamento (*withholding*) significa não instituir nova terapêutica, admitindo que o doente provavelmente irá morrer sem o tratamento em questão. Retirar tratamento (*withdrawal*) significa a cessação e remoção de todo o tratamento com a intenção explícita de não substituir por terapêutica equivalente, admitindo que o doente provavelmente irá morrer sem o tratamento em questão.

Eticamente não há diferença entre retirar tratamento que já tinha sido instituído (*withdrawal*) ou limitar tratamento (*withhold*).

II. Uso e limitações dos modelos preditivos de prognóstico

Vários sistemas preditivos de prognóstico ajudam os clínicos a identificar os doentes que podem ou não sobreviver com base em parâmetros fisiológicos e clínicos avaliados na admissão na UCI ou durante o 1º dia de internamento nesta unidade. São exemplos destes sistemas as escalas APACHE (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*) e SAPS II (*Simplified Acute Physiology Score*) que fornecem estimativas pontuais de mortalidade com um intervalo de confiança de 95%.

Embora estes modelos prognósticos sejam cada vez mais capazes de prever as taxas de mortalidade nos grupos de doentes das UCIs, a sua utilidade para orientar decisões específicas relativamente à tomada de decisão para o abandono de tratamentos

de suporte de vida não foi estabelecida. Neste âmbito, estas escalas apresentam as seguintes limitações:

- Os modelos prognósticos dão probabilidades de sobrevivência ou morte, com um intervalo de confiança de 95%, ao contrário de uma resposta de "sim" ou "não". Deste modo, nenhum modelo pode estatisticamente excluir a possibilidade de sobrevivência mesmo nos doentes mais graves;

- As previsões são calculadas a partir de factores verificados na admissão na UCI ou logo após esta e não fornecem actualizações à medida que a condição do doente se altera;

- Alguns doentes têm cursos da doença imprevisíveis;

- A precisão da previsão do modelo depende da condição médica do doente e da sua representação na população da qual foi retirado;

- Os modelos convencionais preditam apenas a sobrevivência hospitalar não se questionando a propósito da sobrevivência a longo prazo, do *status* funcional, ou da qualidade de vida após a alta hospitalar.

Apesar das suas limitações, a maioria dos médicos incorporam algum tipo de raciocínio probabilístico baseado nestas escalas quando discutem o prognóstico com os doentes e familiares. Tendo estimativas objectivas de sobrevida podem ajudar a "plantar a semente" nas mentes dos familiares que têm dificuldade em aceitar que o seu ente querido poderá vir a morrer na UCI.

Assim os médicos devem utilizar os modelos preditivos de prognóstico apenas como complemento do processo de tomada de decisão.

III. Suspensão de intervenções específicas

1 - Substituição da função renal

A cessação desta técnica pode causar dispneia por sobrecarga de volume que pode ser controlada por restrição de fluidos, por administração de opióides ou, raramente, por utilização de ultrafiltração. Pode causar prurido que pode ser minimizado com a utilização de emolientes e anti-histamínicos. A náusea urémica pode ser atenuada com fenotiazinas ou butirofenonas, que também têm efeitos sedativos e podem tratar a confusão mental coexistente.

Ao contrário da suspensão da ventilação mecânica, é improvável que a suspensão da substituição renal cause a morte imediata.

2 - Alimentação artificial

Não há evidência clínica que a nutrição artificial aumente a reserva funcional, diminua a fadiga ou aumente a sobrevida do doente pelo que se tem de desmistificar a noção incorrecta do “morrer à fome e à sede”.

Aos doentes capazes de engolir sem perigo de aspiração devem ser oferecidos líquidos e alimentos como parte de cuidados de conforto.

3 - Ventilação mecânica

Quando se cessa esta técnica o conforto do doente deve ser avaliado com frequência, e os sinais de desconforto devem ser tratados com doses adequadas de sedativos e opióides. As famílias e os prestadores de cuidados de saúde devem estar

preparados para a possibilidade de até 10% dos doentes poderem inesperadamente sobreviver um ou mais dias após a suspensão do suporte ventilatório mecânico.

O tratamento da dispneia e da ansiedade com opióides e benzodiazepinas endovenosas, respectivamente, deve ser antecipado à cessação desta técnica. A quantidade necessária de opióide ou de benzodiazepina para o alívio dos sintomas varia muito e depende da exposição prévia ao fármaco e que induz tolerância, do metabolismo do fármaco e do nível de consciência do doente. Quando, após a redução do suporte ventilatório, houver aumento da frequência respiratória como sinal de desconforto, esta deverá ser tratada com doses adicionais de fármacos e não restaurando o suporte ventilatório total.

A paralisia provocada pelos curarizantes impede a avaliação do desconforto do doente. Por esta razão, estes agentes devem ser evitados quando o suporte ventilatório for retirado. Se os efeitos destes agentes persistirem após a suspensão do fármaco ou após administração de antídoto para a inversão dos efeitos farmacológicos, deve ser protelada a suspensão da ventilação mecânica.

Embora o resultado final da suspensão da ventilação mecânica seja quase sempre a morte, os métodos de cessação podem variar consideravelmente:

a) Desmame prolongado

Este método permite a titulação de fármacos para controlar a dispneia, permite a aspiração das vias aéreas e cria maior "distância emocional" entre a suspensão da ventilação mecânica e a morte do doente. Por outro lado, pode prolongar o processo de morte, pode levar a família a pensar que a sobrevivência ainda é uma meta possível de alcançar, interpõe uma máquina entre a família e o paciente e exclui qualquer possibilidade de comunicação verbal.

b) Extubação

A extubação permite que o doente esteja livre da tecnologia indesejada e é menos provável que prolongue o processo de morte comparativamente com o método anterior. São aspectos negativos deste método a família poder interpretar a respiração ruidosa causada pelas secreções das vias aéreas ou as respirações agónicas como desconforto do doente e poder causar dispneia no momento da extubação, especialmente se não tiver sido administrada sedação prévia.

c) Desmame rápido

Permite a aspiração das vias aéreas e é menos provável que prolongue o processo de morte. Por outro lado interpõe uma máquina entre a família e o paciente e exclui qualquer possibilidade de comunicação verbal.

4 - Monitorização cárdio-respiratória e electrocardiográfica e Pacemakers

A monitorização contínua é relativamente inútil na avaliação do conforto do doente ou para prever com precisão o tempo restante até à sua morte. Sugere-se que seja desligada a exibição dos sinais vitais do doente na cabeceira da sua unidade, mas mantê-la numa estação central o que permitirá aos profissionais de saúde determinar quando a actividade eléctrica do coração do doente cessa sem distrair a família que acompanha o doente moribundo.

Se um doente portador de *pacemaker* permanente ou de um cardio-desfibrilador implantável recusar qualquer tratamento ou se se decidir pela suspensão de tratamentos de suporte de vida, estes aparelhos devem ser inactivados.

IV. Sequência da suspensão de tratamentos de suporte de vida

Após a decisão de suspensão de tratamentos de suporte de vida sugere-se que a sequência para a suspensão das intervenções nas UCIs se inicie com a interrupção da substituição da função renal e do suporte vasopressor. Em seguida, suspendem-se os fluidos intravenosos, a monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica, os testes laboratoriais, a antibioterapia e, finalmente, a alimentação artificial e a ventilação mecânica. As razões para este "retiro gradual" são complexas e podem, em alguns casos, estar relacionadas com a importância simbólica de uma intervenção (por exemplo a alimentação artificial), ou com o facto de a suspensão de uma determinada intervenção levar imediatamente à morte (por exemplo a ventilação mecânica).

Ao longo deste processo, deve ser dada a atenção máxima às medidas que proporcionem conforto ao doente moribundo e à família.

V. Destino do doente com indicação para medidas de conforto

Após a cessação das medidas invasivas, a transferência da UCI para uma unidade de internamento geral pode ser apropriada desde que essa unidade possua recursos para prestar assistência médica necessária e garantir o conforto ao doente. Se tal não se verificar o doente deve permanecer na UCI. Se o paciente permanecer na UCI, esta opção pode ser muito dispendiosa ou pode resultar em indisponibilidade de camas de UCI para outros doentes.

Alguns hospitais têm Unidades de Cuidados Paliativos que podem proporcionar excelente cuidado ao doente e à família.

Muitas vezes as pessoas preferem morrer em casa, no seu ambiente familiar, embora essa vontade seja impossível de satisfazer aos doentes internados na UCI. Medidas para permitir a satisfação do “último desejo” e para simular o ambiente do lar dos doentes terminais internados na UCI podem ser implementadas e devem ser encorajadas. Neste sentido, poder-se-á promover a privacidade (fechar as portas ou cortinas), o acesso pronto à família (suspender os horário restritivos de visitas, fornecer cadeiras confortáveis, poltronas para os membros da família do doente), o acesso aos bens do próprio doente (permitir que a família possa trazer a música favorita, roupa, alimentos ou ícones religiosos) e o acesso a rituais religiosos e apoio espiritual (fornecer recursos religiosos e espirituais, incentivar rituais religiosos ou familiares no leito antes e após a morte do doente).

Conclusão

O tema da palição, em geral, é relativamente recente e há falta de *guidelines* para uniformização de critérios de decisão e de actuação. No que concerne à prática de ações/Cuidados Paliativos nas Unidade de Cuidados Intensivos esta falta é ainda mais acentuada. A filosofia dos Cuidados Paliativos visa o bem estar do doente com doença terminal. Entretanto, ainda não existe uma definição legal no que respeita à mudança do objectivo terapêutico de curativo para paliativo. Existem discussões no âmbito jurídico a esse respeito, com interpretações bivalentes.

Os cuidados paliativos são um direito para todos os doentes terminais, incluindo aqueles que estão nas UCIs. Para a prestação de ações/Cuidados Paliativos a doentes críticos e aos seus familiares devem ser seguidas metodologias de atuação respeitando os princípios bioéticos de *Beneficência*, *Não-maleficência*, *Justiça* e *Autonomia* (em

16 de Julho de 2012, em Portugal, foi publicada em Diário da República a Lei do Testamento Vital).

Em suma, nas UCIs, no âmbito do tratamento do doente crítico com indicação para ações paliativas deve-se:

Privilegiar a adequada comunicação;

Fornecer apoio aos envolvidos no processo (familiares e funcionários);

Permitir flexibilidade das visitas e, se possível, um acompanhante;

Controlar sintomas e promover o conforto do doente;

Reconhecer e tratar os aspectos físicos e psicológicos da dispneia e dor;

Incorporar a prevenção e tratamento da dor como rotinas dos cuidados intensivos (Dor, 5º sinal vital da DGS, CN nº 9, 14/06/2003);

Visar o bem-estar do doente e não a maleficência;

Suspender tratamentos fúteis, que prolonguem o processo de morte;

Adequar os tratamentos não fúteis;

Adoptar um novo paradigma perante a morte.

Bibliografia

Kathy Faber-Langendoen, *Dying Patients in the Intensive Care Unit: Forgoing Treatment, Maintaining Care*, Annals of Internal Medicine, Volume 133, Number 11, December 2000;

Recommendations of EOL care in ICU, The Ethics Committee of Society of Critical Care Medicine, Crit Care Med 2001;

Ira Byock, Improving palliative care in intensive care units: *Identifying strategies and interventions that Work*, Crit Care Med, Vol. 34, 2006;

Ise Man Wan, *Palliative Care in Intensive Care*, Presentations in Autumn Respiratory Seminar, Hong Kong Thoracic Society, November 2007;

Norton SA, *Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients*, Crit Care Med., vol. 35, 2007;

Rachel Duarte Moritz, *Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva*, Revista Brasileira de Terapia Intensiva, volume 20, número 4, São Paulo, Outubro/ Dezembro 2008;

National Hospice and Palliative Care Organization, *Position statement on access to palliative care in critical care settings*, Alexandria, 2008;

Hospice and Palliative Care Referral Guidelines, Issued 2009, Methodist Healthcare Hospice.

“Testamento Vital” - Lei n.º 25/2012 de 16 de julho do Diário da República.