

Protocolo de extubação paliativa ao paciente em processo ativo de morte

Palliative extubation protocol for patients in active death process

DOI:10.34117/bjdv8n5-248

Recebimento dos originais: 21/03/2022

Aceitação para publicação: 29/04/2022

Tuane Sarmento

Especialista em Urgência, Emergência e Cuidados Intensivo pelo Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional do Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes – HRSJHMG – São José (SC), Brasil
Instituição: Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)
Endereço: Rua Pascoal Simone, 358 - Coqueiros, Florianópolis - SC, Brasil
CEP: 88080-350
E-mail: tuanesarmento@gmail.com

Bianca Kons dos Santos

Graduada em Fisioterapia pela Universidade do Estado de Santa Catarina
Instituição: Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência em Cuidados Intensivos do Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes – HRSJHMG – São José (SC), Brasil
Endereço: Rua Adolfo Donato da Silva, s/n - Praia Comprida, São José (SC), Brasil
CEP: 88103-901
E-mail: biancakons@hotmail.com

Raquel Chagas Nogueira de Paula

Médica Intensivista do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes
Instituição: Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes
Endereço: Rua Adolfo Donato da Silva, s/n - Praia Comprida, São José (SC), Brasil
CEP: 88103-901
E-mail: quelchagas@gmail.com

Alice Henrique dos Santos Sumar

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC), Brasil
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC) Brasil
Endereço: Rua Adolfo Donato da Silva, s/n - Praia Comprida, São José (SC), Brasil
CEP: 88103-901
E-mail: alice.sumar@gmail.com

RESUMO

Introdução: Aos pacientes cuja morte iminente é esperada e que não há benefício na continuidade da ventilação mecânica, a extubação paliativa (EP) é vista como um conforto, uma vez que a presença do tubo endotraqueal pode ser um prolongador da morte agonizante, uma medida obstinada que proporciona a distanásia aos pacientes. Objetivo: Sistematizar e elaborar um protocolo de EP para ser aplicado pela equipe

multiprofissional ao paciente em cuidado paliativo, em situação de processo ativo de morte. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura. O protocolo de EP foi elaborado com base em buscas em bancos de dados com as palavras chaves: cuidados paliativos, extubação, cuidados para prolongar a vida, palliative care, air way extubation, life support care. Resultados: O protocolo pode ser dividido em seis fases: Fase 1 - Preparação/acolhimento familiar; Fase 2 - Pré Extubação; Fase 3 - Extubação; Fase 4 - Pós extubação; Fase 5 - Controle rigoroso de sintomas; Fase 6 - Acompanhamento. Conclusão: Com base na pesquisa da literatura atual foi possível elaborar um protocolo destinado a ser um ponto de assistência para equipe multiprofissional e segurança ao paciente por se tratar em um guia de etapas. Os resultados obtidos poderão contribuir na diminuição de medidas prolongadoras da vida, prevenindo assim a distanásia. A redução de custos com medidas fúteis também é um fator que deve-se levar em conta, além de proporcionar uma finitude digna e humanizada do indivíduo.

Palavras-chave: cuidados paliativos na terminalidade da vida, equipe de assistência ao paciente, extubação, protocolo, uti.

ABSTRACT

Introduction: For patients whose imminent death is expected and there is no benefit in continuing mechanical ventilation, palliative extubation (PE) is seen as a comfort, since the presence of an endotracheal tube can prolong agonizing death, a measure obstinacy that provides dysthanasia to patients. **Objective:** To systematize and elaborate a PE protocol to be applied by the multiprofessional team to the patient in palliative care, in a situation of active death process. **Methodology:** This is a literature review research. The PE protocol was elaborated based on database searches with the keywords: palliative care, extubation, care to prolong life, palliative care, air way extubation, life support care. **Results:** The protocol can be divided into six phases: Phase 1 - Family preparation / welcoming; Phase 2 - Pre-extubation; Phase 3 - Extubation; Phase 4 - Post extubation; Phase 5 - Strict symptom control; Phase 6 - Follow-up. **Conclusion:** Based on the current literature search, it was possible to develop a protocol intended to be a point of care for the multiprofessional team and patient safety because it is a step-by-step guide. The results obtained may contribute to the reduction of life-prolonging measures, thus preventing dysthanasia. Reducing costs with futile measures is also a factor that must be taken into account, in addition to providing a dignified and humanized finitude of the individual.

Keywords: icu, palliative care, patient care team, protocol, withdrawal ventilatory support.

1 INTRODUÇÃO

É denominado cuidados paliativos (CP) a abordagem dedicada a pessoas que possuem uma doença capaz de trazer danos irreversíveis à vida, sendo indicado independente do estágio da doença, inclusive no momento do diagnóstico clínico. O cuidado realizado por intermédio de uma equipe multiprofissional é ideal para alcançar o objetivo de melhora da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, através da

prevenção e alívio do sofrimento. Os cuidados paliativos identificam de forma precoce, avaliam e tratam criteriosamente aspectos da dor e outros sintomas, assim como as dimensões biopsicossocial e espiritual (WHO, 2017; GAPC, 2014; ROBINSON, 2017).

O CP afirma a vida e encara o processo de morte como algo natural do ser humano. Ao encontro, a ortotanásia é uma morte digna, respeitosa, com o propósito de controlar a dor e todos os sintomas que gerem desconforto, promovendo suporte psicológico e físico, bem como espiritual e social ao indivíduo (WHO, 2017; KOVÁCS, 2014). A eutanásia, por sua vez, pode ser considerada como homicídio piedoso, que geralmente tem por objetivo por fim no sofrimento da vítima, sendo essa prática proibida no Brasil (GOMES, 2019). Por fim, a distanásia é marcada como uma morte difícil, prolongadora da vida a qualquer custo, independentemente da dignidade do indivíduo na sua terminalidade ou de sua qualidade de vida (FELIX, 2013).

Aos pacientes cujo a morte iminente é esperada e que não há benefício na continuidade da ventilação mecânica, a extubação paliativa (EP) é vista como um conforto, uma vez que a presença do tubo orotraqueal pode ser um prolongador da morte agonizante. Desta forma a EP tem o intuito de fornecer a melhor qualidade de vida e de morte possível ao indivíduo, tal qual preservar sua dignidade (KOK, 2015).

A escassez de evidência científica e protocolos para realização da EP de forma confortável e segura tanto para o paciente, quanto para a equipe multiprofissional fundamenta a necessidade de implementação de protocolos com uma abordagem multiprofissional. Diante disso, o objetivo deste artigo foi elaborar um protocolo de EP para ser aplicado pela equipe multiprofissional ao paciente em cuidados paliativos, em situação de processo de morte.

2 MÉTODOS

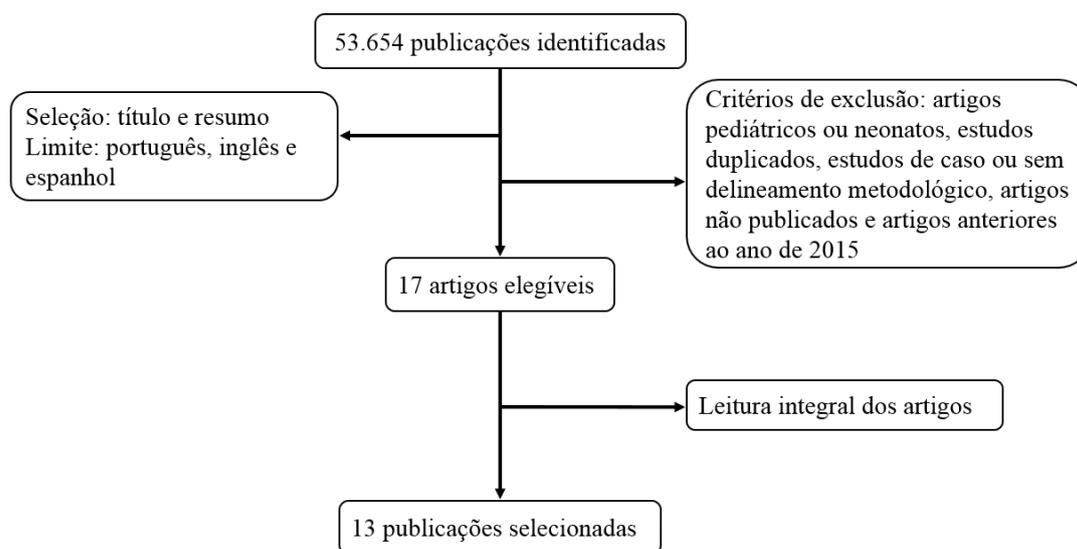
Trata-se de uma pesquisa de literatura para a elaboração de um protocolo de EP. Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina: nº 3.804.100. CAAE: nº 27748619.2.0000.0113.

Com base em buscas em bancos de dados: medline, periódicos da CAPES, LILACS e SciELO com os seguintes descritores: "cuidados paliativos", "extubação", "cuidados para prolongar a vida". A mesma busca com os descritores em inglês foi realizada: "palliative care", "air way extubation", "life support care". Os operadores lógicos "AND", "OR" e "AND NOT" foram utilizados com o propósito de combinar termos e descritores para

buscar publicações. Os descritores escolhidos foram mediante consulta ao DECs (descritores de assunto em ciências da saúde da BIREME). Para a sistematização foi utilizado a estratégia PICO (P: pacientes; I: intervenção; C: comparação/controle; O: desfecho/outcome). Como critérios de inclusão foram adotados artigos científicos de idioma português, inglês e espanhol acessados no período de junho a agosto de 2020. Considerou-se como critério de exclusão artigos com estudos em cuidados paliativos na área da pediatria ou neonatologia, estudos duplicados, artigos não publicados, artigos anteriores ao ano de 2015, estudos de caso, e artigos sem delineamento da metodologia conforme representado em fluxo na Figura 1.

Foi estruturado um esquema de protocolo através de etapas constituídas de condutas práticas de uma EP adequada e segura, elaborada para utilização de uma equipe multiprofissional a partir de uma revisão literária. Os dados obtidos foram tabulados utilizando o programa Microsoft® Office Excel 2010.

Figura 1 - Fluxo do método de busca



3 RESULTADOS

A partir da combinação deste procedimento de busca, no total foram identificadas 53.654 publicações inicial, na primeira etapa foram selecionadas para leitura o título e o resumo nos idiomas português, inglês e espanhol. Na sequência, foram aplicados critérios de exclusão, resultando em 17 artigos elegíveis os quais foram realizadas a leitura integral, destes foram selecionadas 13 publicações para realização deste estudo (Figura

1). Os artigos encontrados apresentam-se na Tabela 1 dividido em autor e ano, objetivos, tipo de método, resultado e conclusão.

Tabela 1. Artigos incluídos na revisão.

AUTOR ANO	OBJETIVOS	RESULTADO E CONCLUSÃO
ABARSHI, 2017	<p>Identificar e comparar a prática clínica nacional e regional de diretrizes sobre sedação paliativa em conjunto a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) relacionada a sedação paliativa e avaliar o qualidade de desenvolvimento dessas diretrizes.</p>	<p>Encontrados 264 ocorrências, 13 diretrizes - (Bélgica, Canadá, Irlanda, Itália, Japão, Holanda, Noruega, Espanha, Europa e EUA) foram selecionadas. Das quais oito tinham no mínimo 9/10 recomendações publicadas no EAPC. Nove recomendado 'preventivo discussão do papel potencial da sedação em cuidados de fim de vida'; 9 'nutrição / recomendada hidratação durante a sedação' e 8 reconheceu a necessidade de "cuidar do médico equipe'. Houve diferenças marcantes em terminologias utilizadas e na expectativa de vida precedendo a prática. As diretrizes selecionadas foram conceitualmente semelhante, comparando de perto com o Recomendações da estrutura EAPC, embora com variações notáveis. Conclusões baseadas em AGREE II, 3 diretrizes alcançou as melhores pontuações e, portanto, poderia ser recomendado para uso neste contexto.</p>
CAMPBELL, 2015	<p>Estabelecer a viabilidade de uma abordagem algorítmica conduzida por enfermeiros; Determinar diferenças no conforto do paciente entre os grupos; Determinar diferenças no uso de opióides e benzodiazepínicos.</p>	<p>Enfermeiros e fisioterapeutas foram treinados para seguir o algoritmo em sessões educacionais de uma hora. Quatorze pacientes uniformemente distribuídos por etnia e gênero foram inscritos. Todos os pacientes de controle foram submetidos a uma etapa processo de extubação terminal. Não houve incidência de estridor pós-extubação no grupo de intervenção, enquanto três (38%) pacientes do grupo controle apresentaram estridor. Os pacientes do grupo de intervenção tiveram maior respiração conforto em comparação com pacientes controle ($p < 0,05$). Diferenças no uso de medicamentos foram encontradas com lorazepam favorecido na unidade de controle; morfina é recomendada no algoritmo.</p>
COELHO, 2017	<p>Apresentar os cuidados paliativos como uma opção razoável para dar suporte à equipe da unidade de terapia intensiva na assistência a pacientes com doença terminal.</p>	<p>É importante que ocorra discussão com a equipe multidisciplinar, assim como com as especialidades envolvidas nos cuidados do paciente. Precisamos estar preparados para discutir com os pacientes e suas famílias as limitações da tecnologia para curar e também proporcionar cuidados de conforto. Muitos casos precisarão de cuidados paliativos fornecidos por uma equipe de suporte, além de orientação do comitê de ética do hospital. Os hospitais devem desenvolver protocolos para situações de conflito que envolvam as especialidades.</p>
CORTEGIANI, 2017	<p>Coletar dados sobre a prática dos cuidados paliativos, retenção e retirada de meios de sustentação de terapias e gerenciamento do fim da vida (EOL) em unidades de terapia intensiva (UTIs) italianas.</p>	<p>Participaram desta coleta 805 pessoas. Quase 70% dos entrevistados declararam que os cuidados paliativos / de suporte são aplicados em seus UTI em caso de futilidade de tratamentos intensivos. Decisão sobre a retirada / suspensão de tratamentos de suporte de vida resultou de consenso da equipe na maioria dos casos (58%). Em mais de 70% das UTIs dos respondentes, não há colaboração com paliativo / de suporte especialistas em cuidados. Registro sistemático dos sintomas mais frequentes experimentados por pacientes criticamente enfermos (por exemplo, dor, dispneia, sede) não era comum. Vasopressores, terapias extracorpóreas, transfusões de hemocomponentes e monitoramento invasivo foram os mais medidas comumente modificadas / interrompidas em caso de futilidade. Conclusões: Esses dados sugerem que o treinamento em cuidados</p>

		paliativos e sua aplicação clínica devem ser implementados na Itália. Esforços deve ser feito para melhorar e homogeneizar o manejo de pacientes terminais na UTI.
JANSEN, 2017	<p>Revisar sistematicamente a eficácia e segurança do tratamento com drogas paliativas</p> <p>nos últimos dias de vida de pacientes adultos, com foco no manejo da dor, dispneia, ansiedade, inquietação e estertor da morte.</p>	<p>Cinco estudos avaliaram anticolinérgicos para o chocalho da morte, não fornecendo evidências de que a escopolamina bromidrato e atropina foram superiores ao placebo. Cinco estudos examinaram drogas para dispneia, ansiedade ou inquietação terminal, fornecendo algumas evidências que apoiam o uso de morfina e midazolam. Dois estudos examinaram os opióides para a dor, fornecendo algum suporte para morfina, diamorfina e fentanil. Oito estudos incluíram resultados de segurança, não revelando diferenças importantes nos efeitos adversos entre as intervenções, e nenhuma evidência para sobrevida encurtando midazolam. Conclusão: Há uma falta de evidências sobre a eficácia e segurança dos paliativos tratamento medicamentoso em pacientes terminais, e as evidências revisadas fornecem orientação limitada para médicos para ajudar em uma fase distinta e significativa da vida.</p>
KOK, 2015	<p>Realizar uma revisão retrospectiva de prontuários;</p> <p>Relatar a experiência indagando os tópicos sobre cuidados paliativos.</p>	<p>A EP foi realizada de acordo com o protocolo, e a mediana do tempo desde a extubação até o óbito varia de acordo com a doença de base, que foi de 0,3 hora em pacientes internados após parada cardíaca extra-hospitalar e 97 horas em pacientes com câncer avançado.</p>
LAGE, 2019	<p>Refletir sobre extubação paliativa a partir do relato de caso de paciente em unidade de emergência referenciada.</p>	<p>A extubação paliativa, foi aqui apresentada por meio deste relato de caso e da referência a outros estudos, como exemplo de cuidado paliativo que pode justamente evitar a morte agonizante. Fica evidente, após a conversa e consenso entre equipe e familiares, que é possível realizar essa prática e atenuar o sofrimento do enfermo, melhorando seu bem-estar, de seu ciclo social e de todos os profissionais responsáveis.</p>
MAEDA, 2017	<p>Determinar a gama de doses cumulativas de corticosteróides que poderiam efetivamente paliar a dispneia em pacientes tratados com opióides com câncer terminal para investigar a demografia ou fatores bioquímicos preditivos de responsividade aos corticosteróides.</p>	<p>Os respondentes responderam por 70% da amostra total (n = 14) e experimentou o efeito mais forte em relação à dispneia paliativa com uma dose cumulativa média equivalente a 64,4 mg de prednisolona. No entanto, nenhum fator preditivo de resposta foram identificados. Em resumo, este estudo retrospectivo identificou corticosteroide eficaz doses para o alívio da dispneia em pacientes com câncer terminal. Embora nossa amostra de estudo tenha sido limitada em tamanho, os resultados apóiam pesquisas futuras.</p>
MAZUTTI, 2016	<p>Estimar a incidência de limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes graves internados em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados.</p>	<p>Foram internados na unidade de terapia intensiva 3.487 pacientes, sendo 342 inseridos no programa de cuidados paliativos. Observou-se que, após entrada no programa de cuidados paliativos, demorou uma mediana de 2 (1 - 4) dias para o óbito na unidade de terapia intensiva e 4 (2 - 11) dias para óbito hospitalar. Boa parte das limitações de Suporte Avançado de Vida (42,7%) aconteceu no primeiro dia de internação. A ressuscitação cardiopulmonar (96,8%) e o suporte ventilatório (73,6%) foram as limitações mais adotadas. Conclusão: Foi relevante a contribuição dos cuidados paliativos integrados à unidade de terapia intensiva para a prática da ortotanásia, ou seja, o não prolongamento da vida de um paciente terminal por meios artificiais.</p>
MITCHELL, 2018	<p>Fornecer uma abrangente</p>	<p>Não houve referência ao desempenho dos GPNs em qualquer papel identificado. A maioria dos GPs expressou confiança em identificar Sintomas de EoLC. No entanto, eles relataram falta de confiança em fornecer EoLC no início de suas carreiras e melhorias com o tempo na prática. Eles perceberam apoio emocional como sendo o aspecto mais</p>

	<p>descrição da função e desempenho de clínicos gerais (GPs) e clínica geral</p> <p>enfermeiras (GPNs) no controle de sintomas de EoLC.</p>	<p>importante do EoLC que eles fornecem, mas havia barreiras para seu provisão. Os GPs se sentiram mais confortáveis tratando dor, e menos confiante com dispnéia e depressão. O manejo da dor observado foi às vezes não é ideal. Treinamento mais formal, particularmente no uso de opioides foi considerado importante para melhorar o controle da dor e dispnéia. Conclusões: É essencial que os GPs recebam educação e treinamento regular e exposição para EoLC desde um estágio inicial em suas carreiras para garantir habilidade e confiança. Pesquisa no papel dos GPNs no controle dos sintomas precisa ocorrer.</p>
MORICE, 2017	<p>Avaliar as evidências atuais relacionadas ao manejo farmacológico da tosse.</p>	<p>O tratamento da tosse em cuidados paliativos é crucial dependente de um diagnóstico preciso. Isto é principalmente obtidos a partir de uma história clínica precisa. O mais comum Tosse 'idiopática' observada é causada por não ácido refluxo que é mal reconhecido e é então tratado incorretamente com medidas anti-ácido, em vez do que os agentes de promoção.</p>
MORRIS, 2016	<p>Determinar a prevalência de dispnéia no final da vida em pacientes que morreram em cuidados hospitalares agudos e examinar os padrões de tratamento.</p>	<p>De 106 óbitos, 88 experimentaram dispnéia ou taquipneia nas últimas 24 horas de vida. Os profissionais de saúde observaram apenas 50% como dispnéicos, mesmo aqueles submetidos à extubação de conforto terminal. Pacientes com consultas de cuidados paliativos receberam opioides com mais frequência. Conclusão: Essas descobertas apóiam que trabalhos anteriores observando muitos os pacientes apresentam dispnéia no final da vida. Apesar das diretrizes nacionais, os prestadores de cuidados de saúde ainda podem estar subestimando e provavelmente não tratando a dispnéia de maneira ideal no final da vida no hospital. A colaboração com fornecedores de medicamentos paliativos pode melhorar as avaliações e tratamentos para cuidados de qualidade ao fim da vida para pacientes hospitalizados.</p>
WILLIAMS, 2017	<p>Examinar o uso de 11 medicamentos não essenciais em pacientes que estão em processo ativo de morte.</p>	<p>Cinco medicamentos não essenciais: clopidogrel, donepezil, gliburida, metformina e propoxifeno, foram encomendados em menos de 5% dos casos. Mais comuns eram pedidos de sinvastatina, comprimidos de cálcio, multivitaminas, sulfato ferroso, difenidramina e heparina subcutânea. Reduções significativas foram encontrado para donepezil, propoxifeno, metformina e multivitaminas. Pacientes que morreram em um unidade de terapia intensiva eram mais propensos a receber um medicamento não essencial, assim como os pacientes mais velhos. Conclusões: Medicamentos não essenciais continuam sendo administrados no momento do processo ativo de morte de pacientes. Descontinuação desses medicamentos pode ser facilitado por intervenções que aumentam o reconhecimento e consideração dos pacientes ativamente morrendo.</p>

A partir dos dados obtidos na revisão literária foi possível elaborar um protocolo de EP. O protocolo guia os profissionais de saúde no que se almeja promover de acordo com cada fase.

Neste contexto, a remoção do suporte ventilatório e do tubo oro-traqueal é pautado em critérios clínicos, que por sua vez devem indicar futilidade no tratamento, sendo desproporcional o seu custo benefício, ou ainda por desejo do paciente. Aos indivíduos em processo ativo de morte, é necessário registrar em prontuário todas as abordagens prévias promovidas com o paciente/familiar, assim como a sequência terapêutica. Caso ocorra muito desconforto por parte do paciente/familiar e/ou equipe, é necessário uma conduta de caráter mais conservadora até uma possível rediscussão ou realização de traqueostomia para desmame ventilatório (COELHO, 2017).

Ressalta-se que todo o processo do protocolo deve ser realizado em benefício à dignidade do paciente, dessa forma deve-se suspender todas as terapias fúteis. O protocolo apresentado, (Apêndice 1) no formato de check list, contém o nome social e civil, sexo, idade e leito onde o paciente se encontra. O protocolo foi estratificado em seis fases para melhor compreensão:

Fase 1. Preparação/acolhimento familiar - todos os itens desta fase são obrigatórios visando respeito à dignidade do indivíduo (COELHO, 2017): Promoção de conferências familiares prévias para que seja possível acolher efetivamente o paciente/família, de forma preferencial iniciar este contato dentro das primeiras 72 horas de admissão na UTI, por favorecer tomadas de decisões (MAZUTTI, 2016). Através da construção de um possível vínculo criado entre equipe multiprofissional-família/paciente respeitando possíveis rituais espirituais, visando assim um cuidado humanizado (KOK, 2015; COELHO, 2017; LAGE, 2019). Também é necessário explicar a sequência terapêutica proposta, além da ciência por parte da família/paciente da EP (KOK, 2015). A equipe multiprofissional e a família também devem estar cientes e preparadas (COELHO, 2017) para que sinais de morte ativa não sejam interpretadas como sofrimento do paciente (diminuição da consciência, estridor laríngeo, cianose, tosse) (MORICE, 2017; MESQUITA, 2010).

Fase 2. Pré extubação (deve ser realizada com no mínimo 6 horas de antecedência): suspensão da dieta alimentar (TORELLI, 1999) associada a redução e/ou retirada de hidratação, optar por uma infusão venosa (IV) no máximo de 25 ml/h. Em caso de congestão, optar pelo uso de furosemida (40-80 mg IV em bolus). Não ocorrendo o resultado esperado, pode-se aumentar a dose de furosemida para 250-500 mg IV infundida em 1h (BRAGA, 2017). Com o propósito de prevenir o ronco da morte pode ser administrado escopolamina (20 mg IV em bolus) (BRAGA, 2017; FEDERAL, 2018), associado com metilprednisolona (100 mg IV), que por sua vez também previne estridor laríngeo (ROBERTS, 2008).

Manter sedação (ABARSHI, 2017) com administração midazolam (0,1-0,3 mg/kg, IV, bolus) (COELHO, 2017; BENSEÑOR, 2019) ou propofol (20-50 mg IV bolus) (COELHO, 2017; BENSEÑOR, 2019) e analgesia com a administração de morfina (0,1 mg/kg IV) ou fentanil (0,5-2,0 mg IV bolus) (MAEDA, 2017; FEDERAL, 2018; BENSEÑOR, 2019). Caso o paciente esteja em uso de bloqueador neuromuscular, deve ser suspenso (COELHO, 2017). Também optar pela suspensão de medicamentos não essenciais (CORTEGIANI, 2017) como: clopidogrel, metformina, sinvastatina,

polivitamínicos, sulfato ferroso, difenidramina, heparina subcutânea (WILLIAMS, 2017). Se disponível na instituição, proceder com avaliação fonoaudiológica para verificar a necessidade de medidas para diminuição ou supressão total da produção salivar por meio de medidas xerostômicas (REGALA, 2019).

Fase 3. Extubação: esta fase corresponde ao ato técnico da retirada do tubo, para tal é necessário a preparação do material de extubação com seringa 20ml, sondas de aspiração e luvas - associado ao uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados (FEDERAL, 2017). Elevar a cabeceira de 35° à 45° (COELHO, 2017; FEDERAL, 2017), otimizar posicionamento com apoio para os membros superiores (MMSS). Avaliar padrão respiratório do paciente, realizar fisioterapia respiratória. Avaliar modo ventilatório e drive respiratório. Ajustar a sensibilidade à pressão de -1cmH₂O ou fluxo de 1L/min (atentando se o fluxo é litro por minuto ou porcentagem). Deve-se reduzir os parâmetros da ventilação mecânica invasiva (VMI) em 50% (PSV, PEEP e FiO₂). Realizar teste de respiração espontânea (TRE). Avaliar por 30 minutos se há presença de desconforto respiratório e necessidade de otimização do controle de sintomas (CAMPBELL, 2015; COELHO, 2017; MORRIS, 2016). Caso o paciente não apresente drive respiratório, a escolha da continuidade da EP fica de acordo com a experiência e com o conforto da equipe multiprofissional. Pode-se realizar a extubação em modos ventilatórios controlados (Ventilação por Volume Controlado - VCV, Ventilação por pressão controlada - PCV). Na sequência, descontinuar os monitoramentos de rotina (COELHO, 2017), progredir com aspiração das vias aéreas superiores (VAs) e se necessário do tubo orotraqueal (TOT). Desamarrar o fixador do TOT e desinsuflar o cuff concomitantemente a aspiração do TOT. Por fim, retirar o TOT e desligar o VMI (FEDERAL, 2017).

Fase 4. Pós extubação: Aspirar cavidade oral se houver sinais de desconforto [10]. As trocas de decúbitos devem ser mantidas (DOS REIS JÚNIOR, 2017), assim como a manutenção do atendimento fisioterapêutico visando conforto. Deve-se manter ainda o gerenciamento fonoaudiológico para ajuste postural cervicobucofacial a fim de minimizar efeito do relaxamento muscular dos órgãos fonoarticulatórios. Retirar da prescrição médica o controle de HGT (hemoglicose teste) e sinais vitais, atentando exclusivamente para a monitorização dos sinais de desconforto e manejando-os (COELHO, 2017).

Fase 5. Promover o controle rigoroso de sintomas: Pode ser realizada através de observação de dicas não verbais, por meio de escalas, como forma de orientar o tratamento (MORRIS, 2016). Observar se há sintomas de ansiedade, dor, dispneia,

agitação, vômitos ou algum outro sintoma que possa trazer desconforto ao paciente e manejá-los (COELHO, 2017; MITCHELL, 2018; MORRIS, 2016). Em caso de sialorréia e/ou soluço fazer uso de clorpromazina (0,5-3 mg/kg) (JANSEN, 2017; BRASIL, 2000).

Fase 6. Acompanhamento: Manter acesso venoso para administrar medicamentos para conforto do paciente (COELHO, 2017). Reavaliar possibilidade de retorno da dieta (TORELLI, 1999). Por fim o paciente pode receber alta da UTI ou flexibilidade da visita familiar estendida conforme cada caso (COELHO, 2017).

4 DISCUSSÃO

O presente estudo apresentou uma sistematização e elaboração de um protocolo de EP em que envolve a equipe multiprofissional, abordando o paciente de forma integral no âmbito familiar, espiritual e no controle rigoroso de sintomas, promovendo assim conforto. Dessa forma, uma vez que ocorre a elegibilidade para a realização da EP, se torna possível oferecer uma humanização no cuidado.

Segundo Kok (2015) na ausência de benefícios da manutenção da VMI e concomitantemente ao processo de morte iminente, a EP deve ser avaliada como uma ferramenta de conforto ao indivíduo em situação de morte ativa. Atualmente na literatura identifica-se uma escassez de protocolos a respeito de como realizar uma EP (COELHO, 2017; CORTEGIANI, 2017). Corroborando com este estudo, Morris (2016) e Silva (2013) destacam a importância de desenvolver protocolos para melhorar o atendimento aos pacientes que estão em processo ativo de morte no ambiente hospitalar. Em um estudo de Nelson (2001), morrer em um hospital, ainda que em acompanhamento com a equipe de CP, é sinal de maior desconforto, dor, ansiedade e pior qualidade de vida.

Para Campbell (2015) ao promover o desmame gradativo dos pacientes em ventilação mecânica é provável que mantenha um conforto respiratório após a extubação. Caso o desmame não seja gradativo, a retirada da VMI de forma brusca pode levar o indivíduo a uma insuficiência respiratória aguda. Em concordância, um estudo de Coelho (2017), abordou um protocolo de EP dividida por itens em que relata que o processo completo leva entre 20 a 60 minutos.

Realizar a EP baseada em um protocolo pode trazer à equipe multiprofissional uma sensação de conforto e segurança quanto a forma correta de executar o procedimento. Um estudo de Coelho (2017) descreveu que a partir de uma equipe multiprofissional bem preparada é possível que isso reflita em acolhimento familiar e melhor preparo para proceder com cuidados de conforto e conseqüentemente uma EP segura em prol da

dignidade do paciente. De acordo com Lage (2019), é essencial convocar a família, revelar a condição atual do paciente, esclarecer dúvidas e possíveis medidas adequadas para garantir o melhor tratamento para o paciente. Em concordância, Mazutti (2016) destaca a importância da comunicação efetiva entre a equipe e o familiar/paciente. Sendo que este contato inicial deve ocorrer dentro das primeiras 72 horas de admissão na UTI com o propósito de favorecer tomadas de decisões.

Através dessa proximidade equipe-família/paciente é possível descobrir possíveis preparações espirituais (banhos, tradições, rituais e/ou orações desejadas antes e/ou depois da EP), por vezes essenciais para que o indivíduo seja capaz de ter uma ortotanásia (KOK, 2015). Em um estudo de Ernecoff (2015) expõem que a maioria dos pacientes têm a necessidade de discutir sobre sua espiritualidade com seu médico antes da morte.

Assim como a espiritualidade necessita ser discutida, estudos trazem o controle de sintomas, principalmente da dor como aspecto crucial, em que esse controle deve ser primordial com a finalidade de ter qualidade de vida até o momento da morte (COELHO, 2017; CORTEGIANI, 2017). Em uma revisão de Jansen (2017) sobre controle de sintomas comuns atrelados ao processo de morte ativa revelou limitações científicas sobre a eficácia e a segurança no manejo medicamentoso desses pacientes durante o processo. Para Morris (2016), não raro os pacientes em processo ativo de morte evoluem com rebaixamento do nível de consciência ou confusão mental, incapacitando-os de uma possível queixa de desconforto. Neste contexto, é necessário um olhar atencioso de sinais não verbais, por meio da observação, podendo-se utilizar escalas para melhorar o reconhecimento e o tratamento adequado de um sintoma. Ainda neste estudo, sugere-se consultas da equipe de cuidados paliativos como forma de melhorar o tratamento da dispneia em pacientes hospitalizados em fim de vida.

Ainda neste contexto, segundo Abashi (2017) e Jansen (2017), a sedação só deve ser realizada quando não houver outra forma de controle de sintomas, ou seja, em casos no qual os sintomas são refratários. Para tal, optar pela sedação paliativa é promover um conforto ao indivíduo. Em contrapartida, em um estudo de Billings (2012) defende o uso de sedação profunda preventiva ou mesmo anestesia geral com o objetivo de reduzir o sofrimento da família e da equipe multiprofissional ao assistir uma respiração agonizante e com estertor da morte. Entretanto, Anquinet (2013) relata que a prática atual de sedação nem sempre garante um processo de morte livre de sintomas, o autor defende o planejamento prévio de cuidados, instituído desde o estágio inicial da doença, já abordando questões de fim de vida é o mais recomendado. Diante dessa divergência, é

importante que exista uma comunicação eficaz entre a equipe e um incentivo à educação continuada.

Neste contexto, Campbell (2015) trouxe a proposta de sessões educacionais para fisioterapeutas e enfermeiros a respeito de EP. Neste estudo, a equipe foi dividida em grupo intervenção na qual foram realizadas sessões educacionais sobre EP e grupo controle. Os pacientes do grupo intervenção tiveram um maior controle de sintomas e uma melhor manutenção do conforto respiratório quando comparado ao grupo controle, destacando a importância da manutenção de conhecimento. Segundo Cortegiani (2017), a educação continuada por intermédio de treinamentos em CP pode promover um melhor manejo de pacientes em processo de morte na UTI. Para o autor Mitchell (2018) é necessário educação e treinamento regular desde o início da carreira do profissional da saúde objetivando trazer segurança e desenvolver habilidades frente aos cuidados paliativos.

5 CONCLUSÃO

Com base na pesquisa da literatura atual foi possível elaborar um protocolo destinado a ser um ponto de assistência para equipe multiprofissional e segurança ao paciente por se tratar em um guia dividido em etapas. Os resultados obtidos poderão contribuir na diminuição de medidas prolongadoras da vida, prevenindo assim a distanásia. A redução de custos com medidas fúteis também é um fator que deve-se levar em conta, além de proporcionar uma finitude digna e humanizada do indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. ABARSHI, Eburn et al. International variations in clinical practice guidelines for palliative sedation: a systematic review. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 7, n. 3, p. 223-229, 2017.
2. ANQUINET, Livia et al. Similarities and differences between continuous sedation until death and euthanasia—professional caregivers’ attitudes and experiences: a focus group study. *Palliative Medicine*, v. 27, n. 6, p. 553-561, 2013.
3. BENSEÑOR, Fábio Ely Martins; CICARELLI, Domingos Dias. Sedação e analgesia em terapia intensiva. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, v. 53, n. 5, p. 680-693, 2019.
4. BILLINGS, J. Andrew. Humane terminal extubation reconsidered: the role for preemptive analgesia and sedation. **Critical care medicine**, v. 40, n. 2, p. 625-630, 2012.
5. BRAGA, Beatriz et al. Guia Prático da Abordagem da Agonia. *Medicina Interna*, v. 24, n. 1, p. 48-55, 2017.
6. BRASIL, Heloisa Helena A.; BELISÁRIO FILHO, José F. Psicofarmacoterapia. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 42-47, 2000.
7. CAMPBELL, Margaret L.; YARANDI, Hossein N.; MENDEZ, Michael. A two-group trial of a terminal ventilator withdrawal algorithm: pilot testing. **Journal of palliative medicine**, v. 18, n. 9, p. 781-785, 2015.
8. COELHO, Cristina Bueno Terzi; YANKASKAS, James R. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 2, p. 222-230, 2017.
9. CORTEGIANI, Andrea et al. Attitudes towards end-of-life issues in intensive care unit among Italian anesthesiologists: a nation-wide survey. **Supportive Care in Cancer**, v. 26, n. 6, p. 1773-1780, 2017.
10. DOS REIS JÚNIOR, Luiz Carlos; DOS REIS, Paula Elisa Avelar Maia. CUIDADOS PALIATIVOS NO PACIENTE IDOSO: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. **Fisioterapia em Movimento**, v. 20, n. 2, 2017.
11. ERNECOFF, Natalie C. et al. Health care professionals’ responses to religious or spiritual statements by surrogate decision makers during goals-of-care discussions. **JAMA internal medicine**, v. 175, n. 10, p. 1662-1669, 2015.
12. FEDERAL, GOVERNO DO DISTRITO. Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI, 2018.
13. FEDERAL, GOVERNO DO DISTRITO. Secretaria de estado de saúde. Protocolo de Atenção à Saúde. Conduta Fisioterapêutica em Unidade de Terapia Intensiva Adulto na Secretaria de Estado de Saúde do DF, pg 20, 2017.
14. FELIX, Z.C, et al., Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *CienciaSaudecolet*, v. 18, n. 9, p. 2733-46, 2013.

15. GAPC - Global atlas of palliative care at the end of life. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance and World Health Organization, 2014. Available at: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Accessed September 1, 2019.
16. GOMES, A. C. et al., Eutanásia: Morte com dignidade x direito a vida. *Jornal Eletrônico Faculdade Vianna Júnior*, v. 11, n. 1, p. 17-17, 2019.
17. JANSEN, Kristian et al. Safety and effectiveness of palliative drug treatment in the last days of life—a systematic literature review. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 55, n. 2, p. 508-521. e3, 2017.
18. KOK, V. C, Compassionate extubation for a peaceful death in the setting of a community hospital: a case-series study. *Clinical interventions in aging*, v. 10, p. 679, 2015.
19. KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *RevBioét [online]*, v. 22, n.1, p. 94-104, 2014.
20. LAGE, Julieth Santana Silva et al. Extubação paliativa em unidade de emergência: relato de caso. **Revista Bioética**, v. 27, n. 2, p. 313-317, 2019.
21. MAEDA, Tsuyoshi; HAYAKAWA, Toru. Range of effective corticosteroid doses for alleviating dyspnea in terminal cancer patients: a retrospective review. **Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy**, v. 31, n. 1, p. 10-15, 2017.
22. MAZUTTI, Sandra Regina Gonzaga; NASCIMENTO, Andréia de Fátima; FUMIS, Renata Rego Lins. Limitação de suporte avançado de vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 294-300, 2016.
23. MESQUITA, Inês Batista Marques et al. **Morte: conceito, factores determinantes e sua previsibilidade**. 2010. Dissertação de Mestrado.
24. MITCHELL, Geoffrey K. et al. Systematic review of general practice end-of-life symptom control. **BMJ supportive & palliative care**, v. 8, n. 4, p. 411-420, 2018.
25. MORICE, Alyn H.; SHANKS, Gabriella. Pharmacology of cough in palliative care. **Current opinion in supportive and palliative care**, v. 11, n. 3, p. 147-151, 2017.
26. MORRIS, Deborah; GALICIA-CASTILLO, Marissa. Dying with dyspnea in the hospital. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 34, n. 2, p. 132-134, 2016.
27. NELSON, Judith E. et al. Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Critical care medicine*, v. 29, n. 2, p. 277-282, 2001.
28. REGALA, Mark; MARVIN, Stevie; EHLENBACH, William J. Association Between Postextubation Dysphagia and Long-Term Mortality Among Critically Ill Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 67, n. 9, p. 1895-1901, 2019.

29. ROBERTS, Russel J.; WELCH, Shannon M.; DEVLIN, John W. Corticosteroids for prevention of postextubation laryngeal edema in adults. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 42, n. 5, p. 686-691, 2008.
30. ROBINSON, M. T.; HOLLOWAY, R. G. Palliative care in neurology. In: *MayoClinicProceedings*. Elsevier, p. 1592-1601, 2017.
31. SILVA, Ceci Figueredo da et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2597-2604, 2013.
32. TORELLI, Giovanni F.; CAMPOS, Antonio C.; MEGUID, Michael M. Use of TPN in terminally ill cancer patients. **Nutrition**, v. 15, n. 9, p. 665-667, 1999.
33. WHO - World Health Organization. Definition of Palliative Care, 2017. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Accessed September 3, 2019.
34. WILLIAMS, Beverly Rosa et al. Continuation of non-essential medications in actively dying hospitalised patients. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 7, n. 4, p. 450-457, 2017.

APÊNDICE 1

CHECK LIST PROTOCOLO DE EXTUBAÇÃO PALIATIVA

Nome civil _____ Sexo: _____ Idade _____
Leito _____
Nome social _____

Fase 1. Preparação/acolhimento familiar

(todos os itens abaixo desta fase são obrigatórios)

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Conferências familiares prévias | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Autorização do paciente/família | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Ciência da sequência terapêutica | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Ritual espiritual | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Família e equipe preparadas para sintomas da morte | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> |

Não

Fase 2. Pré Extubação (6 horas de antecedência):

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Suspender dieta | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Reduzir e/ou retirar hidratação | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Atentar se congestão | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Prevenir estridor e ronco da morte | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Manter sedação | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Manter analgesia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Retirar bloqueador neuromuscular | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Retirar medicações não essenciais | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Avaliação fonoaudiológica ¹ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

¹caso o serviço esteja disponível na instituição

Elaborado por Tuane SARMENTO, Bianca Kons dos SANTOS, Raquel Chagas Nogueira de PAULA, Alice Henrique dos Santos SUMAR, 2022.

Fase 3. Extubação:

Preparação do material seringa, sonda de aspiração e EPIs adequados	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Avaliar drive respiratório*	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ajustar sensibilidade e migrar para PSV*	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Reduzir os parâmetros da VMI em 50%*	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Realizar o TRE*	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Avaliar desconforto respiratório	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Necessidade de otimizar controle de sintomas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Descontinuar os monitoramentos de rotina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Otimizar posicionamento no leito e apoio MMSS	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Fisioterapia ²	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Aspiração das VAs e TOT (se necessário)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Desinsuflar o cuff com a seringa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Realizar o procedimento de extubação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

*divergência na literatura, varia de acordo com a experiência e com o conforto da equipe

²caso o serviço esteja disponível na instituição

Fase 4. Pós extubação:

Aspirar cavidade oral (se desconforto)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Manter as trocas de decúbitos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>
Não		
Fisioterapia para conforto ²	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Gerenciamento fonoaudiológico ¹	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Retirar da prescrição médica controle de HGT	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Retirar da prescrição médica controle de sinais vitais	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

^{1,2}caso o serviço esteja disponível na instituição

Elaborado por Tuane SARMENTO, Bianca Kons dos SANTOS, Raquel Chagas Nogueira de PAULA, Alice Henrique dos Santos SUMAR, 2022.

Fase 5. Controle rigoroso de sintomas

Dor	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dispneia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ansiedade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Agitação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Sialorréia e/ou soluços	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Vômito	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outro sintoma	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Fase 6. Acompanhamento

Manutenção acesso venoso	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Reavaliar dieta	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Flexibilidade da visita estendida	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Alta da UTI	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Elaborado por Tuane SARMENTO, Bianca Kons dos SANTOS, Raquel Chagas Nogueira de PAULA, Alice Henrique dos Santos SUMAR, 2022.