



Jonathan Biancol Pires

EXTUBAÇÃO PALIATIVA: conceitos éticos na prática clínica.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora da Universidade Presidente Antônio Carlos, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Juiz de Fora
2020

Jonathan Biancol Pires

EXTUBAÇÃO PALIATIVA: conceitos éticos na pratica clinica.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora da Universidade Presidente Antônio Carlos, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia. Orientadora: Esp. Danielle Falcão Nogueira Belan

Juiz de Fora
2020

Jonathan Biancol Pires

EXTUBAÇÃO PALIATIVA: conceitos éticos na prática clínica.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Danielle Falcão Nogueira Belan (Orientador)

Prof. Ms. Anna Marcella Neves Dias (UNIPAC)

EXTUBAÇÃO PALIATIVA: conceitos éticos na prática clínica.

PALLIATIVE EXTUBATION: ethical concepts in clinical practice.

JONATHAN BIANCOL PIRES¹, DANIELLE FALCÃO BELAN²

Resumo

Introdução: O processo da doença no indivíduo traz resultados inesperados para o meio social onde ele se insere e ao seu próprio corpo. No que diz respeito a decisões difíceis a limitação terapêutica e o processo de doença exige prudência por parte dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente. **Objetivos:** Expor os conceitos de cuidados paliativos em detrimento do avanço tecnológico e relacioná-los com a prática clínica. **Métodos:** foi realizado um estudo de revisão bibliográfica e de trabalhos publicados no período de 2003 a 2019. **Revisão de literatura:** A busca pelo aumento da expectativa de vida através do pragmatismo da tecnologia traz consequências à saúde, não só física, mas emocional e social do doente, com o avanço da tecnologia essas consequências vem se exacerbando e deixando o número de doentes terminais sem chance de cura cada vez maior, postergando o sofrimento destes indivíduos que muitas vezes se encontram internados em unidades de terapia intensiva onde há um alto investimento tecnológico em suporte de vida, que por vezes não traz os benefícios esperado e até gerando malefícios. **Considerações finais:** Conclui-se que o intuito da extubação em pacientes paliativos não é abreviar a vida e sim trazer dignidade e respeito ao final dela.

Descritores: Cuidados paliativos. Ortotanásia. Extubação.

Abstract

Introduction: The disease process in the individual brings unexpected results to the social environment where he is inserted and to his own body. **Objectives:** The study seeks to expose the concepts of palliative care to the detriment of technological advances and to relate them to clinical practice. **Methods:** a study of bibliographic review and critical analysis of published works was carried out. **Literature review:** The search for increased life expectancy through the pragmatism of technology brings consequences to the health, not only physical, but emotional and social of the patient, with the advancement of technology these consequences have been exacerbating and leaving the number of terminally ill patients with no chance of ever increasing cure, postponing the suffering of these individuals who are often hospitalized in intensive care units where there is a high technological investment in life support that sometimes does not bring the expected benefits and even causing harm. **Final considerations:** It was concluded that the intention of extubation in affected patients is not to shorten life, but to bring dignity and respect to the end of it.

Keywords: Palliative care. Orthothanasia. Extubation

¹ Acadêmico do Curso de Fisioterapia da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC – Juiz de Fora –MG

² Fisioterapeuta, Professora do Curso de Fisioterapia da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

INTRODUÇÃO

As doenças trazem diversas consequências na vida do indivíduo e sua família, que sentem e vivenciam a essa experiência, em especial se tratando de doenças onde não há prognóstico favorável. A maneira como a comunicação com a família e o paciente é realizada esta intimamente relacionada ao enfrentamento da situação por parte de ambos, deixando as tomadas de decisões de fim de vida mais fáceis ou criando entraves.¹

Entre as decisões mais complexas a serem tomadas, as que remetem à finitude dos pacientes e a limitação terapêutica exigem mais cautela, pois se alteram a cada cultura e religião. Uma vez que esta decisão não foi corretamente abordada juntamente com a equipe multidisciplinar pode prolongar sem necessidade o processo de fim de vida, deixando claro o que se denomina obstinação terapêutica ou distanásia.²

Cuidados paliativos segundo a organização mundial da saúde (OMS) têm como definição e objetivo amenizar a dor e o sofrimento, de origem biopsicossocial ou espiritual frente a doenças que ameaçam a continuidade da vida. E sua introdução no Brasil veio no ano de 1997 no primeiro congresso de paliativistas e com a fundação da associação brasileira de cuidados paliativos (ABCP). Já em 2005 a academia nacional de cuidados paliativo (ANCP) no ano de sua fundação avançou com a regularização do profissional em cuidados paliativos.^{2,3}

A equipe multidisciplinar envolvida em cuidados intensivos está sujeita a ser confrontado por decisões difíceis, frente a doenças que ameaçam a vida do paciente. A retirada de ventilação mecânica (VM) é a tomada de decisão mais difícil tanto para a equipe multidisciplinar quanto para a família, e ambos se cercam de medo e incertezas, visto que a VM é um suporte avançado de vida. A retirada da ventilação mecânica invasiva visa atenuar o sofrimento da intervenção, visto que não serão atingidas as metas terapêuticas propostas pela equipe multidisciplinar, conseqüentemente podendo não beneficiar o paciente e sim causando o prolongamento da morte dolorosa fazendo-se neste caso a opção pela extubação paliativa.⁴

O estudo teve como objetivo através de uma revisão descrever os critérios para extubação paliativa, expor seu conceito e regulamentação no Brasil levando em consideração conceitos éticos e culturais, e fornecer subsidio para os profissionais responsáveis por prestar tais cuidados se capacitarem.

MÉTODOS

Esta pesquisa é um estudo de revisão bibliográfica de trabalhos pesquisados eletronicamente por meio do banco de dados SciELO, PubMed, Google Acadêmico, LILACS, livros e dissertações. Serão selecionados trabalhos da literatura médica inglesa, espanhola e portuguesa, publicados no período de 2003 a 2019.

REVISÃO DE LITERATURA

O avanço tecnológico relacionado ao suporte avançado de vida resultou em uma mudança evidente no perfil dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI) trazendo um aumento na expectativa de vida dos pacientes. No entanto o número de doentes com uma condição clínica irreversível está aumentando, e questionamentos em torno do prolongamento da vida através destes recursos tecnológicos disponíveis, estão se tornando mais evidentes. Neste contexto, afirma-se que a utilização da tecnologia prolonga o processo de morte alterando o curso natural da doença e da vida em pacientes paliativos.⁵

Uma abordagem com o foco em cuidados paliativos tem o intuito de promover a qualidade de vida em sua finitude, para pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através não só do alívio, mas também da prevenção do sofrimento.⁶

Se tratando de cuidados no fim de vida, exige uma maior atenção a respeito da bioética. Em relação aos cuidados paliativos no processo de finitude da vida tem o intuito de garantir a dignidade, aliviar o sofrimento e a dor no fim da vida. Nessa visão ética sobre os cuidados no fim da vida e em pacientes sem chances de cura, questionam-se os conceitos de eutanásia, ortotanasia e distanásia.⁷

O cuidado paliativo por vezes é erroneamente confundido com eutanásia que se define como abreviação da vida do indivíduo por considerações tidas como humanizadas, no entanto esse processo é visto como infração ética e ilegal perante a legislação brasileira que apesar de não expor especificações diretas a prática da eutanásia quem a pratica fere um dos princípios da constituição que diz sobre a inviolabilidade do direito a vida. Distanásia se opõe ao cuidado paliativo e, designa o prolongamento exacerbado da vida quando não há chances de cura ou melhora do

paciente. Ortotanasia não abrevia nem acelera o processo de morte, faz com que ocorra naturalmente e como parte do ciclo da vida.^{8,9}

A confirmação do diagnóstico, a intervenção realizada previamente na tentativa de reverter o quadro clínico, e progressão clínica do paciente são aspectos essenciais para a compreensão da evolução desse paciente e definir os próximos passos. A atividade respiratória requer uma atenção maior, por ser considerado um parâmetro necessário na manutenção da vida. Estas informações se mostram úteis no momento em que a equipe multidisciplinar se reúne para determinar se fará ou não a opção pela extubação paliativa e as expectativas após o procedimento. Vale ressaltar que não necessariamente, imediatamente depois de realizada a extubação, ocorrerá a morte.¹⁰

A equipe médica, de enfermagem, fisioterapeuta e psicólogo que prestam cuidados ao paciente descartam possíveis opções terapêuticas e confirmam a irreversibilidade da doença chegando a um acordo sobre a indicação de extubação paliativa. No entanto esse processo deve ser identificado de forma precoce, assim como a avaliação e tratamento da queixa algica e outras injúrias de natureza física, psicossocial e espiritual.¹¹

Imediatamente após a tomada de decisão por parte da equipe multidisciplinar a família é abordada, cabe enfatizar que é o aspecto mais crucial durante o processo, uma divergência entre valores, crenças e expectativas pode criar um distanciamento irrecuperável entre equipe e família tornando necessária uma comunicação clara e segura por parte dos profissionais envolvidos evitando criar expectativa irrealista.¹²

Um aspecto sutil durante a abordagem da retirada da ventilação mecânica é, a necessidade de informar a família do paciente sobre o que esperar durante e após o processo.¹³

Uma vez acordada a decisão em conjunto com a família, começa a serem decididos os procedimentos práticos que serão realizados pela equipe multidisciplinar tais com o nível de consciência desejável durante o procedimento e após, a data e a hora que deve ser agendada previamente. Cabe à equipe comunicar a família o mais rápido sobre este cronograma planejado. Deve-se destacar a importância de documentar todo esse processo citado, através de evolução nos prontuários pertinentes a cada membro da equipe.¹⁴

As orientações pré-extubação começa dias antes quando possível, a fisioterapia respiratória deve ser intensificada assim evitando falha no processo, a nutrição deve ser suspensa, de preferência 24/48 horas antes, salvo em ocasiões em que oferece

conforto ao paciente, medicações que reduzem a produção de secreção nas vias aéreas e controlam o desconforto respiratório fica a critério do médico responsável, podendo o fisioterapeuta solicitar que seja analisada a possibilidade de realizar tais medicações.¹⁵

No momento da extubação a cabeceira deve ser posicionada em fowler ou semi-fowler, os equipamentos para sucção de secreções e nebulização devem estar acessíveis e pronto para o uso assim como as medicações pré estabelecidas pelo médico para evitar o desconforto respiratório do paciente. Os familiares devem ser convidados a estarem presentes no dia, no momento da extubação é solicitado que aguardem na sala de espera para que seja feita a remoção do tubo orotraqueal e aspiração das secreções. Em casos que o familiar decida acompanhar é necessário explicar o que será presenciado por ele. É recomendável que um psicólogo e assistente social esteja presente para dar apoio a família, assim como um representante religioso de acordo com as crenças do paciente.¹⁶

A retirada do ventilador mecânico pode ser feita de duas maneiras sendo a primeira o desmame terminal onde as configurações do ventilador e diminuída gradualmente ao longo de 10 a 60 minutos o primeiro passo é diminuir o alarme reduzir a Fio2 em 30% e PEEP para 5 cmH2o; no surgimento de desconforto aparente o médico deve ajustar as doses do medicamento antes que seja feita uma nova redução nos parâmetros ventilatórios e ou extubação. A extubação imediata é outra opção, nela o paciente é desconectado do ventilador mecânico sem que haja diminuição das configurações. No entanto a segunda opção esta associada a uma maior incidência de falhas no processo sendo essas, desconforto, queixa algica e dispneia.¹⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo procurou estimular e expor a temática acerca do tema cuidados paliativos, buscando trazer questionamentos relevantes sobre a prática da extubação paliativa, a bioética e o envolvimento familiar e duvidas pertinentes ao tema. Os cuidados paliativos, apesar de ser um conceito recente, vêm sendo abordado em muitos estudos. Contudo a extubação paliativa não é frequentemente discutida em estudos no Brasil por parte dos profissionais da saúde.

O acesso à informação durante a graduação favoreceria uma melhora na visão geral sobre a abordagem da extubação paliativa, que por vezes é equivocada

igualando a retirada da ventilação mecânica para conforto com eutanásia. Percebe-se a necessidade de explorar estudos onde há uma abordagem pós extubação paliativa e o desfecho da intervenção e o comportamento da equipe.

No que diz respeito à bioética relacionada à extubação paliativa, a incitação é considerar a dignidade do paciente; entendendo sua singularidade; assegurando seu bem estar biológico, físico e sociocultural buscando junto com a família dignificar o fim da vida frente uma doença que ameaça abrevia-la.

REFERÊNCIAS

- 1: Machado JC, Reis HFT, Sena ELS, da Silva RS, Boery RNSO, Vilela ABA. O fenômeno da conspiração do silêncio em pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Enfermería actual en costa rica*. 2018; 15/09/2019; 36: 12. Disponível em: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/34235>
- 2: Manual de cuidados paliativos. 2ed. São Paulo; 2012.
- 3: Beca JP, Montes JM, Abarca J. Diez mitos sobre el retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales. *Med Chile*. 2010; 138: 639-44.
- 4: Lage JSS, Pincelli ASM, Furlan JAS, Ribeiro DL, Marconato RS. Extubação paliativa em uma unidade de emergência: relato de caso. *Bioét*. 2019; 27 (2): 313-7.
- 5: Coradazzi AL, Inhaia CLS, Santana MTEA, Sala DA, RicardoCP, Saudicani CO, et al. Palliative withdrawal ventilation: why, when and how to do it? *Hos Pal Med Int Jnl*. 2019;3(1):10-4.
- 6: Bodnar J. Terminal Withdrawal of Mechanical Ventilation: A Hospice Perspective for the Intensivist. *Journal of Intensive Care Medicine* 2019; 34(2) 156-64.
- 7: Thanh N, Anne M, X Le, Kleerupe EC, Liu H, Wenger NS. Factors Associated with Palliative Withdrawal of Mechanical Ventilation and Time to Death after Withdrawal. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE*. 2013; 16 (11): 1368-74.
- 8: Alves RSF, Santos GC, Cunha ECN, Melo MO. Cuidados paliativo: alternativa para o cuidados essencial no fim da vida. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2019; 39: 1-15.
- 9: Paiva FCL, Júnior JJA, Damásio AC. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Rev. Bioét*. 2014; 22 (3): 550-60.
- 10: Pessini L, Siqueira JE. Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida. *Rev. Bioét*. 2019; 27 (1): 29-37.

11: Abreu-Figueiredo RM, Sá LO, Lourenço TM, Almeida SS. Ansiedade relacionada à morte em cuidados paliativos: validação do diagnóstico de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2019; 32(2): 178-85.

12: Ribeiro JR, Poles K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família .Rev. BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA ; 43 (3) : 62 – 72.

13: Coelho CBT, Yankaskas JR. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2017; 29(2): 222-30.

14: Espíndola AV, Quintana AM, Farias CP, Muchen MAB. Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. Rev. bioét. 2018; 26 (3): 371-7.

15: Downar J, Delaney JW, Hawryluck, Kenny L. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. Intensive Care Med 2016 42: 1003–17.

16: 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 2003; 349:1123-32.

17: Rocker GM, Heyland DK, Cook DJ, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, O'Callaghan CJ. Most critically ill patients are perceived to die in comfort during withdrawal of life support: a Canadian multicentre study. CAN J ANESTH 2004 51: (6) 623–30.