



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade.

**Página:** 1/17

**Emissão:** agosto / 2017

**Revisão:** Outubro/2022

**Validade:** 1 ano

**Indexação:**

## 1. INTRODUÇÃO

Cuidados paliativos são as ações ativas e integrais prestadas a todos os pacientes hospitalizados, particularmente aqueles com doença progressiva e irreversível. É uma forma de abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida. Para tanto, é fundamental o controle da dor e demais sintomas objetivando a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

A dificuldade imposta por fatores culturais e sociais no tratamento de um doente terminal leva à morte institucionalizada. Para que a dor e o sofrimento no processo de morrer sejam minimizados tem se tornado necessária a implantação de protocolos de cuidados paliativos nas UTIs.

Por se tratar, em alguns momentos, de tema de natureza subjetiva, utilizaremos o Manual AMIB de Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva como balizador e principal referência para o presente protocolo.

## 2. OBJETIVOS

Padronizar o processo de implementação da abordagem paliativa aos pacientes internados em UTI.

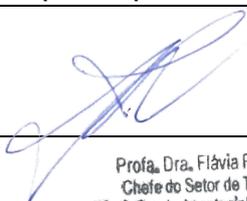
## 3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os pacientes internados no Setor de Terapia Intensiva da Disciplina de Anestesiologia, Dor e Terapia Intensiva da Universidade Federal de São Paulo.

Em pacientes com doença terminal e intratável, a classificação abaixo de 40 na Escala de Performance de Karnofsky (KPS) e Escala de Performance Paliativa (PPS) motiva progressão dos cuidados paliativos proporcionais. Ela deve ser precedida de ampla discussão e ter a concordância de todos os envolvidos no cuidado. O médico assistente responsável pelo paciente, especialidades auxiliares, equipe médica e multidisciplinar da UTI e a família do paciente devem estar envolvidos no processo.

### ELABORAÇÃO

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

  
Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade.

Página: 2/17

Emissão: agosto / 2017

Revisão: outubro / 2022

Validade: 1 ano

Indexação:

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

**ELABORAÇÃO**

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade.

Página: 3/17

Emissão: agosto / 2017

Revisão: Outubro/2022

Validade: 1 ano

Indexação:

Escala de performance de Karnofsky	
100%	Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença
90%	Mínimos sinais e sintomas, capaz de realizar suas atividades com esforço
80%	Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço
70%	Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar
60%	Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes
40%	Necessita de cuidados médicos especiais
30%	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte
20%	Muito doente, necessita de suporte
10%	Moribundo, morte iminente

#### 4. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

**Cuidado paliativo:** conjunto de ações visa a melhoria da qualidade de vida do indivíduo durante o adoecimento, dando a ele e seus familiares o conforto através da prevenção, identificação e tratamento precoce dos sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais.

**Tratamento curativo fútil:** aquele realizado em pacientes terminais sem que haja resposta ou perspectiva de benefício. É ineficaz, não agrega benefício, pode gerar desconforto, piorar sintomas e aumentar custo.

**Tratamento curativo obstinado:** aquele implementado durante o morrer como medida desesperada na intenção de se prolongar da vida. Na fase terminal de doença, tais tratamentos não trazem real benefício ao paciente e podem prolongar o sofrimento durante o morrer.

#### ELABORAÇÃO

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade.

**Página:** 4/17

**Emissão:** agosto / 2017

**Revisão:** Outubro/2022

**Validade:** 1 ano

**Indexação:**

**Terminalidade:** condição final no adoecimento do paciente. É o período compreendido entre a constatação do não benefício das medidas curativas e a morte. Nessa fase, o indivíduo passa por rápido declínio funcional e o caminhar em direção à morte é previsível e irremediável.

**Princípio da autonomia:** é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas. Logo, com devido empoderamento e informação, o indivíduo tem liberdade de decisão sobre questões relativas a seu corpo.

**Princípio da beneficência:** fazer o bem, maximizar benefício, desejar o melhor para o paciente, buscar restabelecer sua saúde, prevenir um agravo, ou promover a saúde. Oferecer o melhor tratamento ao seu paciente, tanto no que diz respeito à técnica quanto no que se refere ao reconhecimento das necessidades físicas, psicológicas ou sociais.

**Princípio da não maleficência:** evitar o mal, minimizar o prejuízo. Nunca infligir dano deliberado. Pesar a relação risco/benefício ao se tomar condutas, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas.

**Princípio da justiça:** obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido de maneira integral. Evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interfiram na relação médico-paciente. Os recursos devem ser equilibradamente distribuídos, com o objetivo de alcançar, com melhor eficácia, o maior número de pessoas assistidas.

**Eutanásia:** conduta guiada pelo sentimento de compaixão ou piedade pela qual se traz a abreviação da vida através de uma morte rápida. O conceito se aplica a pessoas em estado terminal, ou portadoras de enfermidade incurável que estejam em sofrimento constante. É caracterizada no Brasil como crime de homicídio e punida com os rigores do código penal.

Esta prática não deve ser realizada.

**ELABORAÇÃO**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade

**Página:** 5/17

**Emissão:** agosto / 2017

**Revisão:** Outubro/2022

**Validade:** 1 ano

**Indexação:**

**Distanásia:** é o prolongamento desnecessário do processo da morte através de métodos artificiais considerados obstinados e extraordinários durante o morrer. Não traz benefício ao paciente ou à sociedade. Tem por objetivo frustrado evitar a morte a qualquer custo. No entanto, apenas adia o óbito inevitável, prolongando o morrer. Pode trazer sofrimento adicional ao paciente e familiares.

Esta prática não deve ser realizada.

**Ortotanásia:** orto = certo e thanatos = morte. Consiste num processo de cuidado em que a condução do morrer é guiada pelo respeito à maneira natural em que a vida se encerra. Nesse sentido, uma vez identificado o processo inexorável da morte, evita-se a implementação ou descontinua-se tratamentos fúteis e obstinados, priorizando o conforto durante o transcorrer natural do morrer.

Esta prática deve ser estimulada.

**Termos de uso inapropriado em cuidados paliativos:** devem ser evitados as seguintes palavras e expressões em discussões sobre cuidado paliativo: “limitação”, “grau de investimento”, “paliar o paciente”, “fora de possibilidade terapêutica”.

## 5. FASES DE IMPLEMENTAÇÃO E PROGRESSÃO DO CUIDADO PALIATIVO

Todo paciente internado, independentemente de seu diagnóstico ou condição clínica, deve ter definido um plano de cuidados paliativos como parte de seu planejamento terapêutico multidisciplinar. A proporcionalização entre cuidados curativos e paliativos e a progressão rumo aos cuidados paliativos exclusivos deve ocorrer conforme a evolução natural do adoecimento.

Na implementação dos cuidados paliativos, alguns aspectos devem ser considerados:

- Documentação do status da doença;
- Status funcional;
- Fatores que pioram ou aliviam sintomas físicos
- Orientação espiritual do paciente

### ELABORAÇÃO

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

Profa. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade.

**Página:** 6/17

**Emissão:** agosto / 2017

**Revisão:** Outubro/2022

**Validade:** 1 ano

**Indexação:**

- Gerenciamento dos sintomas e resposta do paciente às medidas curativas já instituídas
- Avaliação da necessidade de apoio aos familiares;
- Inclusão dos familiares e pacientes no processo de cuidado;

Os cuidados paliativos em pacientes internados na UTI devem seguir uma ordem lógica de progressão baseado na evolução clínica de cada caso. Esse processo é contínuo, diário e didaticamente dividido conforme as seguintes fases:

**Primeira fase ou cuidado com ênfase curativa:** toda medida terapêutica e de cuidado que visa a cura ou melhoria da doença e a recuperação da saúde do indivíduo. Há maior probabilidade de recuperação do paciente do que irreversibilidade ou morte. Nessa fase, as ações paliativas têm como meta o alívio dos sintomas inerentes à doença e decorrentes do tratamento.

A morte é pouco provável ou não é esperada.

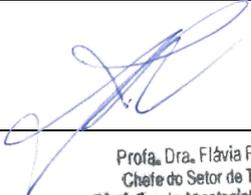
**Segunda fase ou cuidado paliativo proporcional:** é implementada quando já existe falha de resposta aos recursos terapêuticos utilizados e, a despeito do tratamento otimizado, o paciente caminha em direção ao desfecho de irreversibilidade e morte. Nesse contexto, as ações paliativas no controle dos sintomas passam a ter prioridade em relação aos cuidados curativos. A proporção da prioridade entre essas duas frentes de cuidado deve acompanhar a evolução de melhora ou piora do indivíduo, oscilando em patamares intermediários entre o cuidado curativo pleno e o cuidado paliativo exclusivo. Terapias invasivas devem paulatinamente dar lugar medidas de controle dos sintomas em evoluções no sentido da morte e irreversibilidade, assim como as intervenções curativas devem ser priorizadas à medida que o caso siga o caminho da melhora e restauração.

A morte é possível e prevista para semanas a meses.

**Terceira fase ou cuidado paliativo exclusivo:** identificada a irreversibilidade da doença e instalado o processo do morrer, nenhuma medida com intenção curativa seria efetiva para mudar a história natural do adoecimento e o desfecho clínico desfavorável. Nesse ponto, o tratamento curativo deixa de ter resultado ou significado e as medidas de controle de sintoma e conforto passam a ser a única estratégia efetiva e benéfica para o paciente. As

**ELABORAÇÃO**

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

  
Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade

**Página:** 7/17

**Emissão:** agosto / 2017

**Revisão:** Outubro/2022

**Validade:** 1 ano

**Indexação:**

medidas com intenção curativas devem então ser descontinuadas e toda a energia e conhecimento da equipe devem ser canalizados para o conforto do paciente e acolhimento da família.

A morte é provável e prevista para horas a dias.

Seguir algoritmo conforme o anexo 1.

## 6. INTERVENÇÕES / AÇÕES

Uma série de medidas se faz necessária durante a progressão do adoecimento do paciente, tais como estratégias comunicativas entre familiares e equipe, controle dos sintomas bem como decisões sobre a implementação ou continuação do suporte artificial de vida. Em todas elas as práticas devem privilegiar o paciente como indivíduo, sendo a abordagem holística e focada na pessoa.

### 6.1 Comunicação

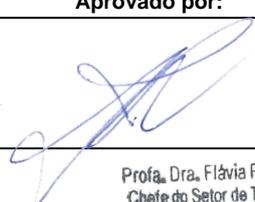
A comunicação clara, efetiva e acolhedora desde o primeiro contato com a família tende a criar relação de confiança com a equipe, facilitando a transmissão da mensagem.

**Características do emissor:** um bom comunicador é aquele que considera a capacidade de entendimento do receptor, que tem habilidade de perceber suas expectativas e que consegue valorizar a experiência do receptor através da linguagem que ele conhece, utiliza e é familiar. Evitar termos técnicos, oferecer tempo ao interlocutor e dar liberdade e estimular perguntas. Habilidade na linguagem corporal e facial, características do olhar e assertividade completam as competências necessárias ao emissor.

**Entendendo o receptor:** grande parte do sucesso da comunicação se pode atribuir ao receptor e não somente ao emissor, como é popularmente acreditado. O receptor é soberano no processo comunicativo, tendo em vista que seu entendimento passa por variáveis não controladas pelo emissor. O sucesso da transmissão da mensagem depende, portanto, de como o receptor filtra e absorve a mensagem. Cabe ao emissor, portanto, o papel de identificar no receptor as barreiras, filtros, aspectos culturais e sociais que impeçam o sucesso da

#### ELABORAÇÃO

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

  
Prof.ª Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade.

**Página:** 8/17

**Emissão:** agosto / 2017

**Revisão:** Outubro/2022

**Validade:** 1 ano

**Indexação:**

transmissão da mensagem, lançando mão de ferramentas e competências para superar ou ao menos modular tais dificuldades.

**Criando um canal:** um ambiente que ofereça conforto e privacidade, um horário determinado, pontualidade da equipe, livre escolha de representantes entre os familiares, são características que fazem diferença para o sucesso da comunicação. Deve-se primar pela transparência para com todos os envolvidos no processo comunicativo. Uma relação de confiança entre os interlocutores supera barreiras e ruídos, pavimentando o envio da mensagem.

**Mensagem:** em última análise é o objeto e objetivo final do processo da comunicação. Deve ser clara, objetiva, realista, mas ao mesmo tempo terna e acolhedora.

**Feedback:** verificação do sucesso na transmissão de uma mensagem, como originalmente pretendo. Neste momento sabe-se se houve compreensão da mensagem. Para tanto, ao final do diálogo o profissional de saúde pode perguntar ao paciente ou familiares o que entenderam do lhe foi dito. Por meio dos componentes verbal e não-verbal da resposta pode-se aferir o sucesso da transmissão da mensagem. Caso o entendimento não seja satisfatório, pode-se optar por abordagem corretiva imediata ou escolher outro momento para nova tentativa.

**Empatia:** partilhar e compreender estados emocionais vividos por outra pessoa. Em saúde consiste em perceber a situação em que se encontra o paciente através do ponto de vista dele. Tenta-se, dessa forma, inferir a dimensão do seu sofrer e a proposta de cuidado por ele desejada. É um exercício que equipe e família devem constantemente realizar. Quando todos os envolvidos no cuidado e adoecimento compartilham do mesmo ponto de vista que o paciente, a ansiedade e sofrimento são reduzidos, a comunicação se desenvolve com menos ruídos e os conflitos tendem a se solucionar.

## 6.2 Controle dos sintomas

Tabela 1: medidas para controle de sintomas

ELABORAÇÃO		
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

Profa. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
 PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
 PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
 SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
 DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade.

**Página:** 9/17

**Emissão:** agosto / 2017

**Revisão:** Outubro/2022

**Validade:** 1 ano

**Indexação:**

SINTOMAS	TRATAMENTO	MEDICAÇÕES
<b>Dispneia</b>	Reabilitação pulmonar (fisioterapia, nutrição, exercício, apoio social); Técnicas de relaxamento; Oxigênio terapia se hipoxêmico Ventilação não invasiva se tolerado. Controle da hipervolemia	<b>-Opioides:</b> Morfina SC <sup>#</sup> , IV: 2 a 4mg de 4/4h ou infusão contínua de solução 1mg/mL na dose de 1 a 4mg/h. Morfina VO/SNE: 5 a 15mg divididos em doses de 6/6h. *Ajuste de dose deve ser feito conforme tolerância ou sinais de intoxicação. Atenção à função renal.  <b>-Benzodiazepínico</b> se ansiedade associada: midazolam IV, SC <sup>#</sup> em infusão contínua de solução 1mg/ml na dose de 5 a 10mg/h; clonazepam VO/SNE 0,5 a 2mg 12/12h; diazepam VO/SNE 5 a 10mg 8/8h.
<b>Tosse</b>		Codeína VO/SNE: 30mg 8/8h
<b>Soluço</b>	Medidas farmacológicas, elevação da cabeceira, medidas para controle do refluxo gastroesofágico.	Metoclopramida IV, SC <sup>#</sup> VO/SNE: 10mg 8/8h Clorpromazina IV: 10 a 25mg 6/6h
<b>Sialorréia</b>	Medidas xerostômicas farmacológicas e aspiração à vácuo das secreções se tolerado.	Escopolamina IV, SC <sup>#</sup> : 1 amp 8/8 horas; atropina colírio 1%: 1-2 gotas administrado sublingual a cada 6/6h; amitriptilina VO/SNE 25mg 1x/dia
<b>Dor</b>	Abordagem farmacológica, fisioterapia, ajuste de posicionamento, apoio dos familiares. Para terapia farmacológica, avaliar pontuação de dor na escala analógica (EAD) quando responsivo e na escala comportamental de dor (ECD) quando não responsivo.  Considerar convocar equipe da Clínica da Dor para casos de difícil condução.	<b>Dor leve</b> Dipirona IV, SC <sup>#</sup> VO/SNE: 1 a 2g 6/6h; paracetamol 750mg 6/6h. SC <sup>#</sup> possível desde que no máximo 1g diluída em 10ml de SF <b>Dor moderada</b> Tramadol IV, SC <sup>#</sup> VO/SNE: 50 a 100mg 8/8h a 6/6h; codeína VO/SNE 30mg 8/8h. <b>Dor forte ou refratária</b> Morfina VO/SNE: 5 a 15mg divididos em doses de 6/6h. Morfina em bomba de infusão continua dose de até 4mg/h ou fentanil em bomba de infusão continua dose de até 150mcg/hora. Ambos podem ser infundidos por via SC <sup>#</sup> Considerar associação de baclofeno VO/SNE 10mg 6/6h, amitriptilina VO/SNE 25mg 12/12h, carbamazepina VO/SNE 200mg 12/12h, ou outros analgésicos adjuvantes. <b>Dor neuropática:</b> Dexametasona IV, SC <sup>#</sup> , VO/SNE 1 a 4mg de 6/6h;

**ELABORAÇÃO**

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
 Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
 Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
 Intensiva do Departamento de Cirurgia  
 Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade	<b>Página:</b> 10/17
	<b>Emissão:</b> agosto / 2017
	<b>Revisão:</b> Outubro/2022
	<b>Validade:</b> 1 ano
	<b>Indexação:</b>

		gabapentina 300mg 8/8h, carbamazepina VO/SNE 200mg 12/12h (atenção ajuste para função renal).
<b>Constipação</b>	Estimular ida até o banheiro quando possível. Fisioterapia motora. Técnicas de massagem abdominal. Dieta laxativa. Abordagem farmacológica.	Lactulose VO/SNE: 20 a 45ml 8/8h Bisacodil VO/SNE: 5mg 12/12h Glicerina 12% 500ml via retal
<b>Xerostomia</b>	Quando consciente e cooperativo, considerar bochecho com água gelada ou pequenos fragmentos de gelo.	Avaliar acompanhamento da odontologia
<b>Náuseas / Vômitos</b>	Medidas farmacológicas, elevação da cabeceira, ações para controle do refluxo gastroesofágico.	Metoclopramida IV, SC <sup>#</sup> , VO/SNE: 10 a 20mg 8/8h. Bromoprida IV, VO/SNE: 10mg 8/8h Haloperidol IV, SC <sup>#</sup> , VO/SNE: 1 a 2mg 6/6h. Ondansetrona IV, SC <sup>#</sup> , VO/SNE: 4 a 8mg 8/8h, particularmente nos casos de náusea / vômitos pós quimioterapia e radioterapia
<b>Agitação / Delirium</b>	Evitar ruídos e luminosidade noturna. Programação de um cronograma de cuidados e administração de medicações que poupe o doente de ser acordado à noite. Relógio e calendário visíveis no leito. Abrir cortinas para proporcionar visão da luz do dia e do ambiente externo ao hospital. Transferir pacientes com mais fatores de risco para leitos menos isolados ou confinados. Permitir e estimular a visita estendida. Utilizar óculos e aparelho auditivo durante o dia.	Haloperidol IV, SC <sup>#</sup> , VO/SNE: 1 a 5mg 6/6h Quetiapina VO/SNE: 25 a 100mg 8/8h Risperidona VO/SNE 2 a 4mg 12/12

# SC ou hipodermóclise: medicação passível de administração subcutânea ou hipodermóclise segundo Ferreira KASL, Santos AC. Hipodermóclise e administração de medicamentos subcutâneos: uma técnica do passado com futuro. EBSERB Prática hospitalar. 2009;XI(65):109-114

**6.3 Descontinuação do suporte avançado de vida**

ELABORAÇÃO		
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
 Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
 Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
 Assistencial do Departamento de Cirurgia  
 Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade.

Página: 11/17

Emissão: agosto / 2017

Revisão: Outubro/2022

Validade: 1 ano

Indexação:

Após a progressão dos cuidados paliativos proporcionais para cuidados paliativos exclusivos, medidas invasivas e métodos artificiais de suporte à vida não estão indicados, tendo em vista que prolongam o morrer e podem provocar sofrimento adicional ao paciente.

A decisão sobre o não incremento do suporte avançado de vida ou sua retirada deve ser tomada em conjunto pelo corpo médico e multiprofissional juntamente com a família. Todos os envolvidos devem estar informados, orientados, concordantes, em paz e à vontade com a conduta.

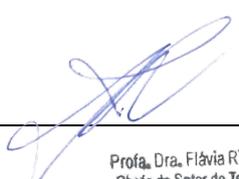
**Interrupção de medicamento vasoativo:** durante o morrer, o tratamento vasoativo é considerado fútil, tendo em vista que é incapaz de mudar o desfecho clínico já esperado. O desligamento ou não incremento do vasopressor deve ser seguido da retirada da monitorização de pressão arterial, tendo em vista que tal aferição não muda a conduta quanto a hipotensão e gera ansiedade nos envolvidos com o cuidado. Essas condutas e informações devem ser tratadas de maneira participativa e transparente. Há que se ter em mente que a hipotensão precede a morte e que, nesses casos, apresenta-se como o mecanismo natural da mesma.

**Desintubação paliativa:** refere-se à retirada da prótese ventilatória e, conseqüentemente, do suporte ventilatório invasivo em pacientes já em cuidados paliativos exclusivos. Nesses casos, a permanência do suporte ventilatório não é capaz de mudar o desfecho clínico e é prolongadora do morrer. A indicação de desintubação paliativa deve ser previamente discutida entre todos os coordenadores envolvidos no cuidado ao paciente e, posteriormente, levada a visita multiprofissional. Em seguida, convoca-se reunião entre equipe e familiares. A família deve estar ciente de que, após a desintubação paliativa, o paciente pode manter a respiração natural por horas ou dias ou pode falecer em minutos.

Em um estudo recente, metade dos pacientes morreram após 1 hora da desintubação paliativa, e a maioria deles sobreviveu até 10 horas. A dependência de fração de oxigênio inspirada acima de 70% e o uso de fármacos vasoativos se associam com tempo mais curto até que ocorra o óbito. Se necessário, introdução ou incremento nos medicamentos sintomáticos deve ser prontamente instituída baseada na tabela 1. Para a equipe esta é uma situação de extrema tensão e desconforto, portanto recomenda-se obter feedback dos membros após cada procedimento para identificar pontos a serem melhorados. Uma liderança agregadora associada a educação continuada pode favorecer o amadurecimento da equipe nesse contexto.

**ELABORAÇÃO**

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

  
Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade.

**Página:** 12/17

**Emissão:** agosto / 2017

**Revisão:** Outubro/2022

**Validade:** 1 ano

**Indexação:**

Após a decisão de desintubação paliativa, deve-se iniciar o preparo do paciente, antecipando controle de desconforto que, em geral, podem ser acentuados pelo procedimento. Adequar posicionamento no leito e antecipar toda manipulação, como trocas, banho, aspiração de secreções. Ajustar volemia. Se houver sialorréia, adequar dosagem de medicações previamente à desintubação. Redução gradual do suporte ventilatório, como PEEP e FiO2 para identificar sintomas de desconforto respiratório e titular opióides ou benzodiazepínicos. O uso corticoide previamente a desintubação para evitar estridor e broncoespasmo pode ser considerado. Avaliar o tempo de ação das drogas utilizadas para identificar o momento ideal para proceder a desintubação. Manter disponível seringas com os medicamentos descritos acima para administração imediata em caso de desconforto agudo no momento da retirada da cânula.

Proceder a desintubação conforme o algoritmo descrito no anexo 2.

## PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

Identificado a necessidade de progressão dos cuidados paliativos, o diarista da unidade se reúne e discute o caso com outros diaristas e chefia da UTI. Após concordância destes, a discussão segue para a visita multidisciplinar, visando uniformização do pensamento, para que toda a equipe tenha entendimento equalizado e se envolva de forma coesa no processo. Cabe aos diaristas da unidade a orientação dos residentes e equipe multidisciplinar sobre condução do caso seguindo orientações deste protocolo.

## 7. REUNIÕES E REGISTRO

As reuniões com os familiares devem ter a presença do intensivista diarista da unidade, do médico residente que conduz o caso, da enfermeira responsável pelo leito, do fisioterapeuta assistente e do psicólogo da unidade. Devem estar presentes o responsável legal e o maior número possível de entes de primeiro grau. Os encontros deverão ser realizados durante o dia, preferencialmente no período da tarde e imediatamente antes do horário de visita.

### ELABORAÇÃO

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

  
Prof.ª Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade.

**Página:** 13/17

**Emissão:** agosto / 2017

**Revisão:** Outubro/2022

**Validade:** 1 ano

**Indexação:**

Os registros formais dos assuntos abordados nas reuniões com familiares e das decisões clínicas serão feitos, como de praxe, no prontuário do paciente pelo residente responsável pelo leito, sempre sob orientação do diarista da unidade. Os nomes dos participantes das reuniões devem ser registrados sempre que possível.

## 8. CONFLITOS

Em caso de conflito entre a conduta médica/multiprofissional e a expectativa da família, deve-se programar reunião para alinhamento da comunicação, esclarecimento de dúvidas e detalhamento de condutas. Ao final da reunião espera-se uma unidade entre os participantes quanto a perspectiva e proposta de cuidado. Caso esse consenso não seja alcançado, prevalece a estratégia de cuidado vigente ou anterior até que outros diálogos sejam eficazes.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A medicina não pode afastar a morte indefinidamente. Quando a terapia médica não consegue mais atingir os objetivos de recuperar a saúde ou combater a doença surge a necessidade de entender o sofrimento, aliviá-lo e aceitar o processo natural da vida. A partir daí, toda energia e conhecimento da equipe devem ser canalizados para o conforto do paciente e acolhimento da família.

## 10. COMITÊ DE ESPECIALISTAS

Antônio Tonete Bafi

Eduardo Pacheco

Flávia Ribeiro Machado

Flávio Geraldo Resende de Freitas

Miriam Jackiu

Nathaly Fonseca Nunes

### ELABORAÇÃO

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

  
Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade.

**Página:** 14/17

**Emissão:** agosto / 2017

**Revisão:** Outubro/2022

**Validade:** 1 ano

**Indexação:**

Thiago Miranda Lopes de Almeida

## 11. REFERÊNCIAS

1. Coelho CB, Yankaskas JR. New concepts in palliative care in the intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva. 2017;29(2): 222-230.
2. Kostakou E, Rovina N, Kyriakopoulou M, et al. Critically ill cancer patient in intensive care unit: issues that arise. J Crit Care. 2014;29(5): 817-22.
3. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, et al. End of life and palliative care in intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva. 2008;20(4): 422-8.
4. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. N Engl J Med. 2014;370(26): 2506-14.
5. Soares M. End of life care in Brazil: the long and winding road. Crit Care. 2011;15(1):110.
6. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med. 2013;41(1):263-306.
7. Huynh TN, Walling AM, Le TX, et al. Factors associated with palliative withdrawal of mechanical ventilation and time to death after withdrawal. J Palliat Med. 2013;16(11):1368-74.
8. Forte DN. Procedimentos sustentadores de vida em UTI. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2a ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 439-49.
9. Moritz RD. Cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Ateneu. 2012.
10. Ferreira KASL, Santos AC. Hipodermóclise e administração de medicamentos subcutâneos: uma técnica do passado com futuro. EBSERB Prática hospitalar. 2009;XI(65):109-114.

### ELABORAÇÃO

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

  
Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade.

**Página:** 15/17

**Emissão:** agosto / 2017

**Revisão:** Outubro/2022

**Validade:** 1 ano

**Indexação:**

**ANEXOS**

**Anexo 1:**

**ELABORAÇÃO**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

Prof. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
Intensiva do Departamento de Cirurgia  
Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
 PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
 PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
 SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
 DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade.

**Página:** 16/17

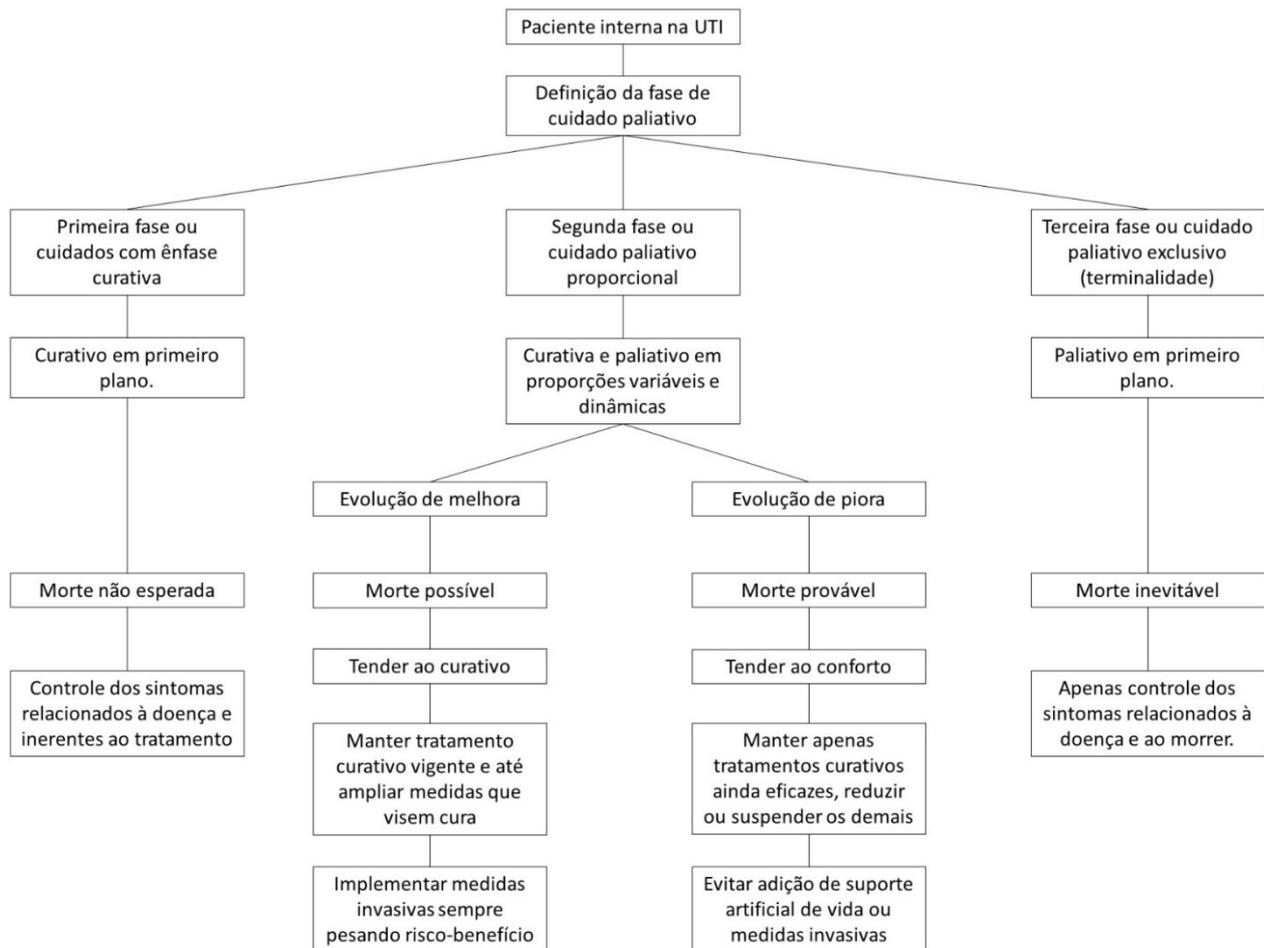
**Emissão:** agosto / 2017

**Revisão:** Outubro/2022

**Validade:** 1 ano

**Indexação:**

**FLUXOGRAMA PROTOCOLO CUIDADOS PALIATIVOS**



Anexo 1: fluxograma protocolo cuidados paliativos

**ELABORAÇÃO**

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

Profa. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
 Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
 Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
 Intensiva do Departamento de Cirurgia  
 Hospital São Paulo / UNIFESP



**PROTOCOLO: CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

MACROPROCESSO: Assistência  
 PROCESSO GERAL: Atendimento Multiprofissional  
 PROCESSO ESPECÍFICO: Unidade de Terapia Intensiva  
 SUBPROCESSO: Todas as respectivas unidades  
 DESCRITORES: cuidado paliativo, controle de sintomas, terminalidade.

**Página:** 17/17

**Emissão:** agosto / 2017

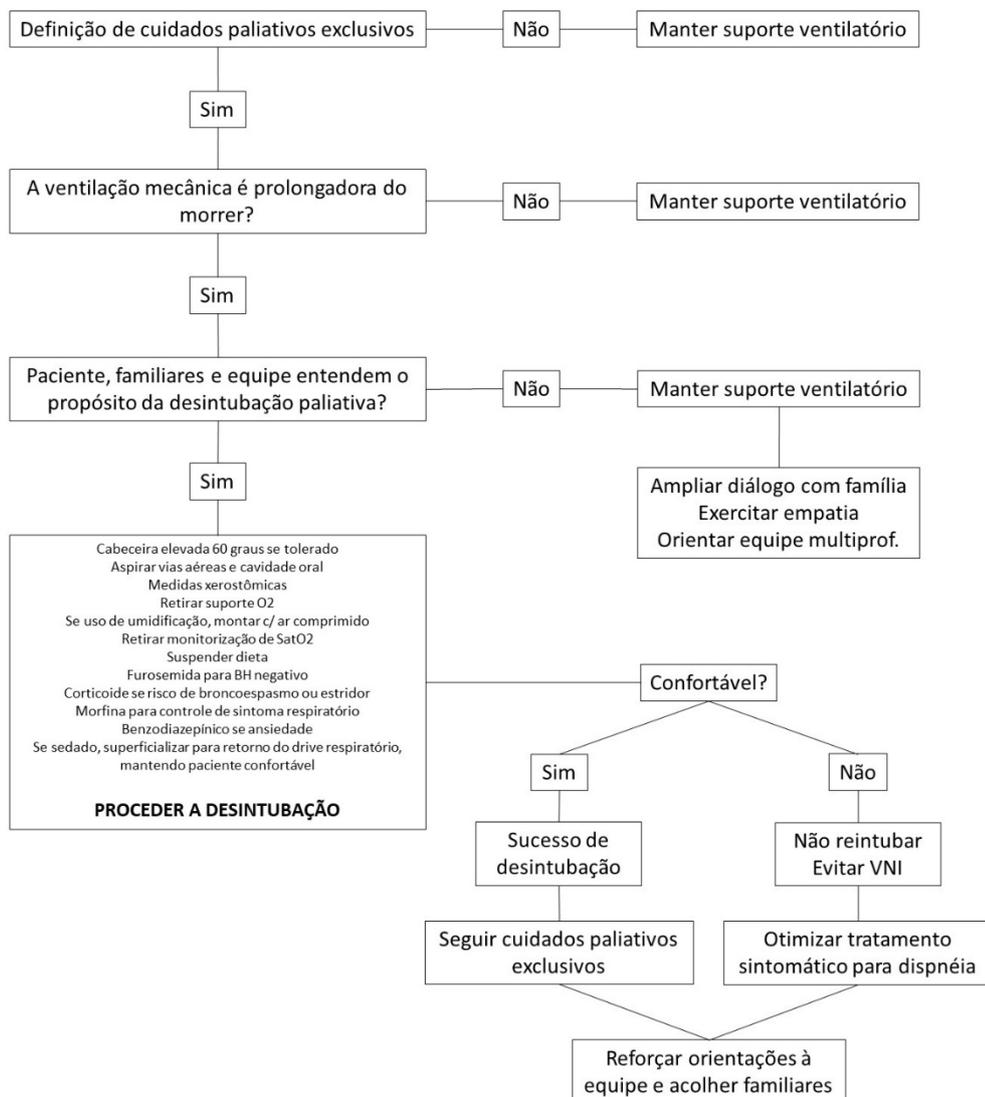
**Revisão:** Outubro/2022

**Validade:** 1 ano

**Indexação:**

**Anexo 2:**

**FLUXOGRAMA DESINTUBAÇÃO PALIATIVA**



Anexo 2: fluxograma desintubação paliativa.

ELABORAÇÃO		
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Thiago Miranda Lopes de Almeida		

*[Handwritten Signature]*  
 Profa. Dra. Flávia Ribeiro Machado  
 Chefe do Setor de Terapia Intensiva  
 Disciplina de Anestesiologia, Dor e Medicina  
 Intensiva do Departamento de Cirurgia  
 Hospital São Paulo / UNIFESP