

Perspectiva bioética da sedação e analgesia de pacientes em fim de vida: um estudo em hospital universitário

Bioethical perspective of sedation and analgesia of patients at the end of life: a study in a university hospital

Eveline de Fabris*

Talis Haas**

Rachel Duarte Moritz***

Élcio Luiz Bonamigo****

RESUMO: A maioria dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) necessita de sedação e analgesia para seu bem-estar. Esta pesquisa objetivou descrever o tratamento sedativo e analgésico utilizado nas últimas 72 horas de vida dos pacientes internados na UTI de um Hospital Universitário, discutindo seus aspectos bioéticos. Tratou-se de estudo descritivo e retrospectivo, que avaliou os prontuários de 160 pacientes que foram a óbito em 2011. Desses, 37 preencheram os critérios de inclusão. O grau de sedação pela escala Ramsay revelou que a maioria dos pacientes encontrava-se profundamente sedada (6 pontos). O cálculo do escore APACHE II mostrou que 13 (35,14%) pacientes tinham 73% de chance de ir a óbito e 14 (37,84%), 45%. Os fármacos sedativos e analgésicos mais utilizados foram: Midazolam em 37 (100%) pacientes e Fentanil em 35 (94,6%). Os principais tratamentos ministrados foram ventilação mecânica, em 37 (100%), drogas vasoativas em 34 (91,9%), antibióticos e hidratação em 33 (89,2%). A suspensão de tratamentos potencialmente fúteis foi observada em 22 (59,46%) prontuários. A descrição de terminalidade da vida foi encontrada em 33 (89,19%) prontuários. Em apenas 3 (8%) constava descrição de informação aos familiares. Em conclusão, a sedação, a analgesia e a descrição de terminalidade mostraram-se adequadas. Houve deficiência no registro das informações aos familiares. Objetivando o aprimoramento da aplicação dos referenciais bioéticos de beneficência, não maleficência e autonomia aos pacientes em fim de vida, infere-se a necessidade de haver maior incentivo ao ensino dos cuidados paliativos e de Bioética durante a graduação e pós-graduação das profissões da área da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Doente Terminal. Sofrimento Psíquico. Sedação Profunda. Analgesia. Temas Bioéticos.

ABSTRACT: Most patients in Intensive Care Units (ICU) at the end of life require sedation and analgesia for their welfare. This study aimed to describe sedative and analgesic treatments used in the last 72 hours of life of patients in the ICU of a University Hospital and discuss the bioethical issues there is. It is a descriptive and retrospective study done by examining in the medical records of 160 patients who died during 2011; from these, only 37 fitted the inclusion criteria. The degree of sedation by Ramsay scale revealed that the majority of the patients were deeply sedated (6 points). The calculation of the APACHE II score showed that 13 (35.14%) patients had a 73% chance of dying and 14 (37.84%), 45%. The sedative and analgesic drugs most frequently used were Midazolam in 37 (100%) and Fentanyl in 35 patients (94.6%). The main treatments administered were mechanical ventilation in 37 (100%), vasoactive drugs, 34 (91.9%), antibiotics and hydration in 33 (89.2%). The suspension of potentially futile treatment was observed in 22 (59.46%) records. The description of end of life was found in 33 (89.19%) records, although in only 3 (8%) it contained a description of information to relatives. In conclusion, sedation, analgesia and description of terminality were shown to be adequate, but there were deficiencies in the recording of information to relatives. Aiming at the improvement of patient care at end of life, we may conclude there is a need for a broader encouragement to the teaching of palliative care and Bioethics during undergraduate and graduate courses for professions of the health field.

KEYWORDS: Terminally Ill. Stress, Psychological. Deep Sedation. Analgesia. Bioethical Issues.

DOI: 10.15343/1981-8254.20140803251261

* Graduada em Medicina pela Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC, Joaçaba-SC, Brasil. E-mail: evelindefabris@hotmail.com

** Graduada em Medicina pela Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC, Joaçaba-SC, Brasil. E-mail: talishaas@gmail.com

*** Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Mestre em Ciência Médicas – UFSC. Professora Associada do Departamento de Clínica Médica pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. E-mail: rachel@hu.ufsc.br

**** Doutor. Oftalmologista e professor de Bioética da Universidade do Oeste do Estado de Santa Catarina – UNOESC, Joaçaba-SC, Brasil. E-mail: elcio.bonamigo@unoesc.edu.br

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são ambientes extremamente estressantes, onde a ansiedade é prevalente, a dor frequente, o repouso difícil e o sono, muitas vezes, impossível. Sedativos e analgésicos são comumente utilizados em pacientes internados nas UTIs, tanto para aumentar a tolerância desses enfermos ao tratamento intensivo quanto para diminuir suas respostas fisiológicas ao estresse. É indiscutível que a dor, a ansiedade e o desenvolvimento de quadros de *delirium* são diretamente proporcionais ao aumento da morbimortalidade dos pacientes críticos. Em virtude dessa constatação, para a beneficência do paciente, a consciência atual é que o médico intensivista deve priorizar o tratamento no que concerne ao controle da dor, da ansiedade (analgesia e sedação) e à prevenção e diagnóstico precoce dos quadros de *delirium* nos doentes internados em UTIs. Os fármacos classicamente utilizados para esse fim são os Opioides, os Benzodiazepínicos, o Propofol e o Haloperidol. Tem sido decrescente o uso de bloqueadores neuromusculares em UTI. O fármaco mais indicado para esse fim é o Pancurônio. Por outro lado, tem sido crescente a abordagem do aumento da morbimortalidade relacionada à sedação excessiva, havendo o consenso de que a multiplicidade de cenários clínicos observados nas UTIs exige que a sedação e analgesia sejam planejadas e que a estratégia e o objetivo terapêutico seja estabelecido de modo personalizado¹ com a dupla finalidade de atenuação da dor do paciente e intervenção sobre seu nível de consciência².

A Organização Mundial de Saúde definiu Cuidados Paliativos como uma abordagem que visa à melhoria da qualidade de vida dos familiares e dos pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras à vida, por meio da prevenção e do tratamento precoces dos sintomas dos sofrimentos físico, psíquico, espiritual e social. O enfoque principal do tratamento é baseado no controle dos sintomas, que influi diretamente na qualidade de vida do doente. A dor deve ser considerada como o

quinto sinal vital e o seu controle é primordial para que haja qualidade de vida. A tendência atual é de que todos os pacientes com doenças que ameacem a vida devam receber de forma precoce e integrada cuidados curativos e paliativos, sendo a intensidade individualizada de acordo com as necessidades e os desejos dos pacientes e de seus familiares, atendendo os critérios de beneficência, não maleficência e autonomia.

A principal questão a ser enfrentada pela equipe assistencial, pacientes e familiares não é “se” o paciente é candidato a cuidados paliativos, mas sim qual a prioridade do tratamento, se a cura e o restabelecimento ou o conforto e a qualidade de vida. Para isso, devem ser levadas em consideração tanto questões biológicas (gravidade, prognóstico, tratamentos disponíveis para a doença), quanto questões éticas (equilíbrio entre autonomia, beneficência e não maleficência) e pessoais ou culturais (valores e preferências diante da morte ou participação em decisões).

Em UTI, a integração entre os cuidados paliativos e curativos desde o momento da admissão é ressaltada com cada vez mais importância na busca de um atendimento de qualidade. Cada vez mais são identificadas metas que visem reduzir tensões éticas associadas ao tratamento de pacientes com doenças terminais, com ênfase no tratamento baseado na obtenção do conforto. A promoção de uma melhor comunicação e do melhor conhecimento sobre cuidados paliativos nas UTI pode prevenir conflitos e melhorar o tratamento do paciente crítico. Sob esse aspecto, é aconselhado que sejam respeitados os aspectos socioculturais dos pacientes e de seus familiares e que sejam avaliados os aspectos éticos e práticos da recusa ou suspensão de terapia fútil, da administração de sedativos e analgésicos, bem como da abordagem não farmacológica que possa diminuir o sofrimento de todos os envolvidos no processo^{3,4}.

A dor pode ser controlada com analgésicos potentes, como os opioides, mas a ansiedade, a angústia e o sofrimento exigem o uso de sedativos eficientes. Para essa finalidade, foi elaborado um guia mundial, recentemente revisado, para melhor orientar os profissionais

no manejo eficaz da dor, da agitação e do delírio dos pacientes¹. Nesse contexto, o principal objetivo deste estudo foi analisar a sedação e analgesia proporcionada aos pacientes internados na UTI de um hospital universitário nas 72 horas finais de suas vidas e discutir os aspectos bioéticos relacionados.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo descritivo e retrospectivo realizado por meio de consulta aos prontuários dos pacientes que foram a óbito na UTI do Hospital Universitário Santa Terezinha de Joaçaba-SC, no período de 1º de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2011. Foram excluídos da amostra os prontuários de pacientes com idade inferior a 18 anos, com período de internação inferior a 72 horas ou que não estavam sedados nas 72 horas antes do óbito. Também foram excluídos os prontuários incompletos para preencher o escore APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*) e aqueles que por falta de dados pudessem comprometer os resultados da pesquisa.

Os seguintes dados foram coletados nos prontuários selecionados: sexo, idade, causa(s) da internação, número de dias de internação, comorbidades, dados laboratoriais e clínicos para o cálculo do escore APACHE II, fármacos sedativos e analgésicos utilizados nas 72 horas que antecederam o óbito com as respectivas dosagens médias diárias e o grau de sedação da escala Ramsay nos três últimos dias de vida. Também foram pesquisados itens relacionados ao registro da terminalidade no prontuário pela equipe médica e de enfermagem e do repasse dessa informação aos familiares. A variação da dosagem terapêutica usada nas últimas 72 horas de vida foi calculada diariamente. Os referenciais bioéticos da beneficência, não maleficência e autonomia foram ponderados.

Para classificar o risco de morte dos pacientes utilizou-se o escore APACHE II, mais aceito para a avaliação das primeiras 48 horas de internação em UTI. O

cálculo da média diária de cada dia foi feito por meio dos seus sinais vitais e resultados laboratoriais constantes na história clínica, conforme as instruções⁵.

Os dados foram arquivados em programa Microsoft Office Excel 2007 e posteriormente foram feitos os cálculos das somas, média, moda e porcentagens, assim como das correlações pelo Sistema Computacional BioEstat 4.

O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos, sob o parecer n. 40.177.

RESULTADOS

No ano 2011, ocorreram 160 óbitos na UTI. Após a aplicação dos critérios de exclusão, restaram 37 prontuários que continham todos os dados para a efetivação da pesquisa, sendo que 13 (35,13%) eram de pacientes do sexo feminino e 24 (64,87%), do sexo masculino.

Os prontuários dos pacientes foram separados em grupos etários. Na faixa entre 18 e 30 anos foram encontrados 3 (8,11%) prontuários; entre 31 e 40 anos, 3 (8,11%); entre 41 e 50 anos, 4 (10,81%); entre 51 e 60 anos, 5 (13,52%); entre 61 e 70 anos, 11 (29,72%); entre 71 e 80 anos 6 (16,21%) e entre 81 e 90 anos, 5 (13,52%). A média geral de idade dos pacientes da amostra foi de $59 \pm 18,4$ anos.

Quanto à análise das causas de internação dos pacientes, foram encontrados os registros dos seguintes diagnósticos: 1. Choque (não especificado): 4 pacientes (10,81%); 2. Pós-parada cardiorrespiratória (PCR): 4 pacientes (10,81%); 3. Pós-operatório: 7 pacientes (18,91%), sendo 4 de urgências e 3 eletivas; 4. Insuficiência respiratória: 12 pacientes (32,43%); 5. Pneumonia: 2 pacientes (5,41%); 6. Insuficiência renal aguda: 2 pacientes (5,41%); 7. Politrauma: 2 pacientes (5,41%); 8. Pós-infarto agudo do miocárdio (IAM): 2 pacientes (5,41%); 9. Fístula cirúrgica: 1 paciente (2,7%); 10. Acidente vascular encefálico (AVE) hemorrágico: 1 paciente (2,7%).

Os resultados não foram estatisticamente significantes quando se correlacionou o sexo dos pacientes com a(s) causa(s) da internação ($p = 0,106$), conforme pode ser observado na Tabela 1.

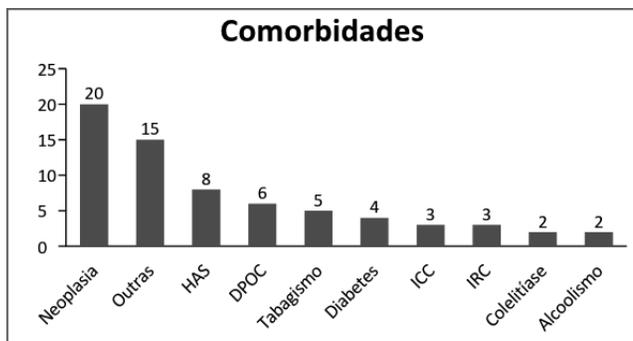
Tabela 1. Causas da internação na UTI quanto ao sexo dos pacientes

Sexo	Causas de internação					p - valor
	Choque	Pós-PCR	Pós-Operatório	Insuficiência Respiratória	Outros	
Masculino n. (%)	2 (8,3)	4 (16,8)	2 (8,3)	8 (33,3)	8 (33,3)	0,106
Feminino n. (%)	2 (15,4)	0 (0)	5 (38,4)	4 (30,8)	2 (15,4)	

O tempo médio de permanência na UTI foi de $9,8 \pm 6,9$ dias. O resultado para a mediana e a moda foi, respectivamente, de 7 e 4 dias. A estadia mínima foi de 3 dias e a máxima de 27 dias. O sexo masculino apresentou uma média de $10,3 \pm 7,4$ e o feminino $9 \pm 6,1$.

Foram encontradas as seguintes comorbidades: neoplasias em 20 (54,05%) pacientes, hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 8 (21,62%), doença pulmonar obstrutiva crônica em 6 (16,21%), tabagismo em 5 (13,51%), diabetes mellitus em 4 (10,81%), insuficiência renal crônica em 3 (8,10%), insuficiência cardíaca congestiva em 3 (8,10%), alcoolismo em 2 (5,40%) e colelitíase 2 (5,40%). As demais comorbidades, envolvendo 15 pacientes com apenas 1 (2,70%) ocorrência, foram englobadas no item “Outras” e são as seguintes: cirrose, síndrome da imunodeficiência adquirida, púrpura trombocitopênica, doença arterial obstrutiva periférica, tuberculose, demência, infarto agudo do miocárdio prévio, hiperplasia prostática benigna, hepatite C, varizes esofágicas, encefalopatia hepática, fibrilação atrial, doença psiquiátrica, retocolite ulcerativa e nefrolitíase, agrupando um total de 15 pacientes (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição das comorbidades



Significado das siglas: HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva; IRC: Insuficiência Renal Crônica.

Os sedativos e analgésicos mais utilizados foram o Fentanil (analgésico opioide) e Midazolam (sedativo benzodiazepínico). O Fentanil foi prescrito para 35 (94,6%) pacientes, com dosagens entre 0,57 mg e 22,08 mg por dia. A média diária do terceiro dia antes do óbito foi de $3,45 \pm 2,62$ mg/dia, no segundo dia foi de $3,73 \pm 3,85$ mg/dia e no dia da morte $3,62 \pm 2,65$ mg/dia. Outros três opioides foram administrados: morfina, codeína e tramadol. A morfina foi utilizada em 2 (5,41%) pacientes. Um paciente fez uso apenas no terceiro dia que antecedeu o óbito, com uma dosagem de 20 mg/dia, e o outro com 12 mg/dia nos dois dias anteriores à morte. A codeína foi prescrita para 2 (5,41%) pacientes. A dose média diária foi de 90 mg nos dois dias anteriores ao óbito em um paciente e, em outro, 180 mg utilizada apenas no terceiro dia que antecedeu sua morte. O Tramadol foi administrado em somente 1 (2,70%) paciente na dose de 300 mg/dia nos dois últimos dias de vida. Havia 1 (2,70%) paciente em uso do analgésico Dipirona na dose de 4.000 mg/dia nos três últimos dias de vida.

Quanto ao sedativo Midazolam, a totalidade dos pacientes (37 - 100%) estava em uso nos três últimos dias de vida, com doses diárias que variavam de 240 mg a 1920 mg. A dose média desse fármaco, no terceiro dia que antecedeu o óbito, foi de $749,73 \pm 399,51$ mg, no segundo $746,89 \pm 412,91$ mg e no dia do óbito

813,65 ± 389,58 mg. O antipsicótico sedativo Haloperidol foi prescrito para 2 (5,40%) pacientes.

O bloqueador neuromuscular utilizado em associação aos sedativos e analgésicos foi o Pancurônio, prescrito para 8 (21,62%) pacientes, em doses que variaram de 4 a 12 mg/dia.

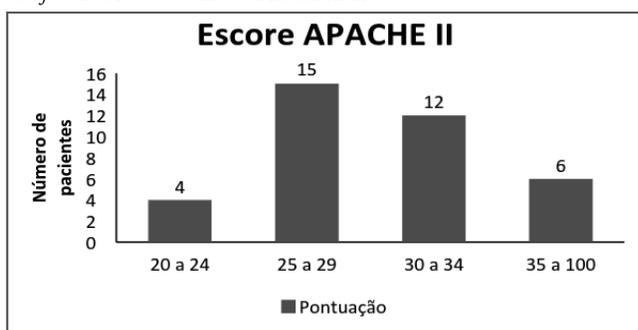
O grau de sedação dos pacientes foi avaliado pela escala de Ramsay que vai de 0 a 6 pontos. No terceiro dia antes do óbito havia 31 (83,8%) pacientes que apresentavam média diária de 6 pontos, no segundo eram 34 (91,9%) e no último dia 36 (97,3%), conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1. Número de pacientes com 6 pontos da escala Ramsay no três dias antes do óbito

Ramsay	Terceiro n. (%)	Segundo n. (%)	Dia do óbito n. (%)
Resposta ativa a um toque leve na glabella ou a um estímulo sonoro auditivo	2 (5,4)	1 (2,7)	0 (0,0)
Resposta débil a um toque leve na glabella ou a um estímulo sonoro auditivo	4 (10,8)	2 (5,4)	1 (2,7)
Sem resposta a um toque leve na glabella ou a um estímulo sonoro auditivo	31 (83,8)	34 (91,9)	36 (97,3)

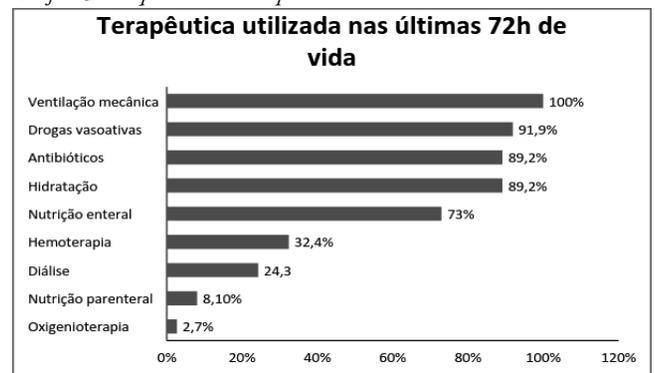
A mortalidade foi calculada pelo escore APACHE II que leva em conta os sinais vitais, exames laboratoriais e a realização de cirurgia. Na média dos últimos 3 dias a maioria dos pacientes (15-37,84%) encontrava-se no intervalo entre 25 a 29 pontos, 13 (35,14%) entre 30 e 34, 6 (16,21%) entre 35 e 100 pontos e 4 (10,81%) entre 20 e 24 (Gráfico 2).

Gráfico 2. Médica do Escore APACHE II



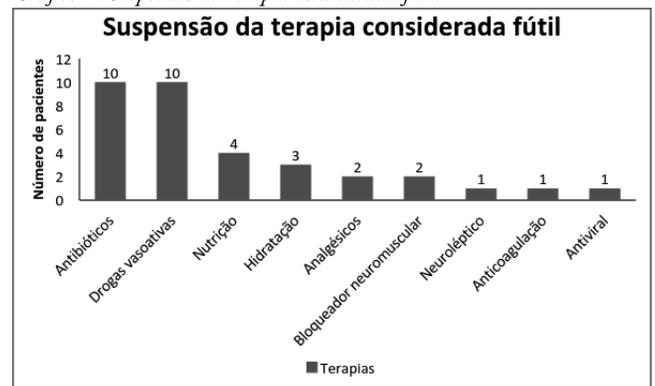
As seguintes terapêuticas foram utilizadas nas últimas 72 horas de vida: ventilação mecânica, em 37 (100%); drogas vasoativas, em 34 (91,9%); antibióticos, em 33 (89,2%); hidratação venosa, em 33 (89,2%); nutrição enteral, em 27 (73%); hemoterapia, em 12 (32,4%); diálise, em 9 (24,3%); nutrição parenteral, em 3 (8,1%); e oxigenioterapia, em 1 (2,7%) paciente. Os resultados estão ilustrados no Gráfico 3.

Gráfico 3. Frequência das terapêuticas



Houve suspensão de terapia em 22 (59,46%) pacientes e em 15 (40,54%) a conduta curativa / restaurativa plena foi mantida. As medicações mais frequentemente suspensas foram: antibióticos e drogas vasoativas, respectivamente, em 10 (27,02%) pacientes; nutrição enteral, em 4 (10,81%); hidratação, em 3 (8,10%); analgésicos e bloqueador neuromuscular, em 2 (5,40%); neuroléptico, anticoagulante e terapia antiviral, respectivamente, em 1 (2,70%) paciente (Gráfico 4).

Gráfico 4. Suspensão da terapia considerada fútil



A terminalidade de vida foi descrita nos prontuários de 33 (89,19%) pacientes, sendo que essa informação foi registrada apenas por médicos. Nos 4 (10,81%) prontuários restantes não havia registro.

O registro sobre as informações prestadas aos familiares sobre a terminalidade de vida dos pacientes constava, somente, em 3 (8%) prontuários. O registro foi realizado pelo médico em 2 (5%) prontuários e pela enfermagem em 1 (3%) prontuário.

DISCUSSÃO

Neste estudo, constatou-se que a maioria dos óbitos ocorreu nos pacientes do sexo masculino e na faixa etária maior que 60 anos. A suspensão de terapia considerada fútil precedeu aproximadamente 60% dos óbitos, sendo a terminalidade dos doentes descrita pelos médicos em 89% dos prontuários.

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado em Florianópolis⁶ e outro realizado em São Paulo⁷ que revelaram prevalência do sexo masculino em 61,6% e 61% dos óbitos ocorridos na UTI, respectivamente.

No que concerne à faixa etária, a maioria dos óbitos avaliados ocorreu nos pacientes com entre 61 e 70 anos, sendo a idade média de $59 \pm 18,4$ anos. Uma pesquisa realizada no HU de Florianópolis⁶ constatou que a idade média dos pacientes que foram a óbito na UTI foi de $56,7 \pm 17,9$ anos. Outro trabalho também desenvolvido em Florianópolis⁸ encontrou que a média de idade dos pacientes sob sedação e analgesia internados em UTI foi de $53,28 \pm 18,09$ anos. Em estudo realizado em Fortaleza⁹ a média de idade foi ainda mais alta, alcançando $72,2 \pm 7,3$ anos. A elevada faixa etária dos pacientes da presente pesquisa e em Fortaleza explica-se pela atual tendência de seu aumento na população.

De acordo com dados do Datasus, em 2009, previa-se que 19,32% da população brasileira se encontrava na faixa etária acima de 50 anos, sendo que em 2012, essa parcela atingiu 23% população.

É importante lembrar que uma maior longevidade acarreta maior número de condições crônicas. Neste estudo, a insuficiência respiratória foi a principal causa de internação na UTI (32,43%), seguida de admissão pós-operatória (18,91%), choque não especificado (10,81%) e pós-parada cardiorrespiratória (10,81%). Essas causas contabilizaram 73% do total das internações. Uma pesquisa realizada em São Paulo⁷ observou que insuficiência respiratória aguda, septicemia, insuficiência cardíaca e pós-parada cardiorrespiratória totalizaram 67% do total das internações. Em pesquisa realizada em Fortaleza⁹, a sepse (24,8%), as disfunções cardiovasculares (29,2%), respiratórias (21,5%) e neurológicas (17,7%) foram as prevalentes, assemelhando-se à presente pesquisa. Na Bahia¹⁰ as principais causas da internação também não divergiram muito: insuficiência respiratória (17,9%) e choque séptico (14,9%).

É uma tendência atual que os pacientes internados em UTI permaneçam cada vez mais tempo nessas unidades. O termo cronicamente crítico tem sido utilizado de forma crescente, e refere-se à condição de 5 a 10 % dos pacientes que sobrevivem a uma doença catastrófica ou a um procedimento cirúrgico e que permaneceram na UTI por mais de 21 dias com necessidade de ventilação mecânica. Esses pacientes tendem a ter infecções recorrentes, disfunção orgânica, profunda fraqueza e delírio e pelo menos metade estará morta dentro de um ano. Entre aqueles que sobrevivem, as taxas de readmissão são altas, a maioria permanece institucionalizada e menos de 12% conseguem estar em casa e funcionalmente independentes um ano após a sua doença aguda¹¹. Neste trabalho, o tempo de internação dos pacientes que morreram variou de 3 a 27 dias e a média de dias de internação foi de $9,8 \pm 6,9$ dias, ficando entre os mais elevados. Resultados com tempo de internação inferior foram encontrados nos estudos realizados em Florianópolis⁶, com média de $8,7 \pm 11,5$ dias, em Fortaleza⁹, com média de $8,2 \pm 7,6$ dias, e em outro estudo também realizado em Florianópolis⁸, cuja média foi de 7,75 dias.

No presente estudo as neoplasias apresentaram-se como a principal comorbidade causadora de internação na UTI e a HAS ficou em segundo lugar. Nesse aspecto, um estudo encontrou HAS, diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica¹², outro¹⁰ neoplasias avançadas (34,3%) e doença cardíaca avançada (10,4%) como principais comorbidades. O envelhecimento da população tem levado ao aumento da internação de pacientes idosos e vítimas de doenças crônico-degenerativas nas UTIs. Esse fato merece destaque, pois é importante a discussão do quanto esses pacientes irão se beneficiar com o tratamento intensivo. Torna-se primordial o estabelecimento de prognóstico que é uma das habilidades fundamentais da prática médica e imprescindível em cuidados paliativos para garantir a adequação do processo de tomada de decisão, comunicação e definição do plano de cuidados¹³, respeitando os referenciais da beneficência e autonomia do paciente¹⁴.

O escore APACHE II é um método padronizado que foi adotado internacionalmente para avaliação e classificação quantitativa da gravidade da doença e risco de morte do paciente. Essa gravidade é expressa em valores numéricos a partir de resultados de exames laboratoriais e dos sinais vitais somados à idade do paciente, presença de disfunções crônicas e do tipo / número de procedimentos utilizados¹⁴.

Um estudo realizado na UTI de um Hospital filantrópico, localizado no interior do Estado do Paraná¹⁴, encontrou um escore APACHE II médio de $20 \pm 7,3$. Bitencourt¹⁰ obteve como valor médio do APACHE II $25,73 \pm 8,15$ pontos na UTI geral de um Hospital privado de Salvador e Feijó, et al⁹ encontraram, em pesquisa feita na UTI do HU de Fortaleza, que o índice APACHE II médio encontrado foi 18,2 pontos com desvio padrão de 7,2. Os resultados apresentados por ambos os estudos são equivalentes aos apresentados por este estudo, cuja média encontrada para o escore APACHE II foi de $29,9 \pm 4,54$.

O controle adequado da dor e do estresse é um dos pontos cruciais dos cuidados paliativos em UTI. Neste

estudo, pôde-se constatar que os fármacos sedativos e analgésicos mais comumente prescritos foram o Fentanil e o Midazolam. Esse resultado não difere daqueles apontados na literatura revisada onde se constata que, nas últimas décadas, a administração do Midazolam e do Propofol para a sedação e a de opioides, principalmente o Fentanil, para a analgesia, tem sido o esquema terapêutico mais frequentemente prescrito nas UTIs. O controle dos quadros de *delirium* tem sido efetuado com a administração de Haloperidol.

Entretanto, o impacto da sedação excessiva na morbimortalidade tem gerado alterações nesses esquemas terapêuticos. Cada vez mais tem sido enfatizado que o paciente receba a sedação mais superficial possível e que sejam utilizados métodos de monitoração para o controle da sedação e analgesia, sendo estimulado o uso de algoritmos.

Contudo, mesmo os recentes analgésicos e sedativos possuem efeitos colaterais que podem prejudicar a recuperação do paciente¹⁵. Uma pesquisa que analisou efeitos psicológicos, em longo prazo, de pacientes submetidos à sedação contínua e outro, em que se administrava morfina intermitente com a finalidade de diminuir o tempo de internamento e recuperação, não encontrou diferença significativa entre os grupos¹⁶. Nesse sentido, um trabalho de revisão de 82 pesquisas concluiu que a diminuição da sedação e sua interrupção intermitente podem ser benéficas para a recuperação precoce e diminuir a chance de infecções, beneficiando a saúde dos pacientes e reduzindo os custos do tratamento¹⁷. No entanto, para a observação do princípio da dignidade humana, os interesses do paciente devem estar em primeiro lugar nas práticas médicas e tecnologias associadas, conforme orientação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos humanos da UNESCO¹⁸. Obviamente, é diferente o objetivo da sedação e analgesia de um paciente para o qual esteja sendo avaliada a possibilidade de desmame, em comparação com a daquele cuja morte é prevista para um curto espaço de tempo. Por isso, recomenda-se a autonomia dialogada, com o paciente e/ou sua família,

que poderá ser incentivada com o avanço da discussão pública e maior reflexão sobre os conflitos éticos que cercam o fim da vida¹⁹.

Quanto às orientações atuais do último *Guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit*¹ destacam-se as seguintes indicações para o manejo da dor, agitação e *delirium* dos pacientes críticos: utilização dos opioides (morfina ou fentanil) para o controle da dor, indicação da analgesia preventiva ou de ações não farmacológicas antes da extubação, administração de adjuvantes (fármacos não opioides) para a otimização da analgesia, utilização da Carbamazepina ou da Gabapentina para a dor neuropática, monitoração da sedação pela escala de RASS, sedação o mais superficial possível sendo preferencial a utilização do Propofol ou da Dexmedetomidina em relação a do Midazolam, prevenção e controle do *delirium* com facilitação de mobilização precoce do paciente. Neste estudo, não foi apontado o uso de Propofol ou de fármacos adjuvantes para a sedação ou analgesia, tampouco há menção da mobilização precoce.

Entretanto, deve-se ressaltar que o perfil dos pacientes analisados era o daqueles que estavam evoluindo para a morte e, portanto, deveriam receber cuidados paliativos exclusivos. Dessa forma, não haveria a preocupação da utilização de fármacos de curta duração que propiciassem um desmame precoce. Poder-se-ia imaginar que seria mais confortável que os pacientes permanecessem mais sedados nos últimos momentos de suas vidas.

Consequentemente, pode-se inferir que os prescritores consideraram que o melhor nível de sedação para os pacientes com quadro terminal seria o mais profundo, fato que explica o nível de sedação encontrado neste estudo, com prevalência do grau 6 da escala de Ramsay que, embora não seja a indicada no último *guideline*, é uma das mais utilizadas para a avaliação do grau de sedação em UTI.

No presente trabalho, foi também constatado que, apesar de não ter havido aumento das doses de fármacos sedativos e analgésicos nos 3 dias que precederam a morte dos pacientes, os mesmos permaneceram com

sedação profunda. Pode-se inferir que esse fato tenha relação à disfunção multiorgânica própria de pacientes críticos e ao torpor que precede o momento da morte.

Ademais, foi constatado que a limitação terapêutica curativa / restaurativa precedeu cerca de 60% dos óbitos. Torna-se importante no plano dos Cuidados Paliativos que as prescrições sejam reajustadas nas últimas 48 horas da vida, devendo ser priorizados os tratamentos que visem o conforto e retirados aqueles que poderão propiciar uma obstinação terapêutica, com consequente prolongamento do morrer. Um estudo Europeu²⁰, onde foram avaliados 851 pacientes, apontou que 539 (63,3%) foram desmamados com sucesso, 146 (17,2%) morreram com ventilação mecânica, 166 (19,5%) tiveram extubação paliativa; desses, 145 (87,3 %) morreram na UTI e 15 (9,0%) no hospital. Dos 304 pacientes que morreram na UTI, em 201 (66,1%) o óbito ocorreu após a retirada de ventilação mecânica, agentes inotrópicos ou vasopressores, ou diálise. Os fatores independentes associados com a extubação paliativa foram a previsão médica com avaliação da probabilidade de sobrevivência, da qualidade de vida, do estado cognitivo atual e futuro do paciente, assim como o uso de agentes inotrópicos ou vasopressores.

Em outro estudo que pesquisou a recusa ou suspensão de terapia nas UTIs brasileiras, argentinas e uruguaias foi descrito que as terapias mais frequentemente recusadas ou suspensas eram, em ordem decrescente, drogas vasoativas, métodos dialíticos, suporte nutricional e antibioticoterapia. No mesmo estudo foi apontada uma diferença quanto à extubação paliativa que foi descrita como frequente no Uruguai e Argentina e quase nunca efetuada no Brasil²¹. Resultados semelhantes foram demonstrados no presente trabalho onde as terapias mais frequentemente recusadas foram antibioticoterapia, drogas vasoativas e suporte nutricional, mas não houve nenhum caso de extubação paliativa.

A interrupção de tratamento considerado fútil em números semelhantes ao presente trabalho foi encontrada nos estudos de Bitencourt, et al¹⁰, (59,7%), e Kranidiotis, et al²², (59%). Contudo, Sprung, et al²³, encontraram com

maior frequência a interrupção do tratamento (72,6%). Por outro lado, um estudo de Moritz e Pamplona¹² verificou que a limitação terapêutica ocorreu em somente 32% dos pacientes. Embora os resultados deste estudo não estejam entre os que apresentaram menor número de suspensão terapêutica, é possível inferir que a adoção dessa conduta deva ocorrer em maior porcentagem de pacientes.

A descrição da terminalidade da vida constava em 89,19% dos prontuários. O ato de documentar as medidas de atenção à saúde prestada aos pacientes e os seus resultados constitui um instrumento de comunicação efetivo para a elaboração de planos terapêuticos, replanejamentos, continuidade e avaliação dos serviços dedicados aos pacientes. Além disso, serve como fonte de informações em caso de questionamentos jurídicos, pesquisas científicas e finalidades educativas²⁴. Do ponto de vista da Ética, o artigo 87 do Código de Ética Médica e a Resolução CFM 1.638/2002 enfatizam a necessidade de elaboração completa do prontuário. Os resultados encontrados no presente estudo, no que tange à noção de terminalidade de vida dos pacientes, mostraram que os registros foram bastante adequados quando comparados a outro estudo²⁵ também realizado em UTI de Hospital universitário, que os encontrou somente em 40,3% dos prontuários.

O registro da informação de terminalidade aos familiares constava em uma minoria de prontuários. Contudo, não se descarta que a informação possa ter ocorrido na forma verbal. A qualidade da comunicação entre a equipe de saúde e paciente / família, principalmente com a proximidade da morte, contribui para a tomada de decisões adequadas bem como para a construção de um ambiente tranquilo e colaborativo²⁶. A abordagem deve ser realizada por um membro da equipe que possua habilidades de comunicação no contato com o paciente e seus familiares, pois a informação não deve ser apenas transmitida, mas também compreendida, emergindo a importância da formação profissional. É fundamental que se respeite o tempo necessário para o entendimento da família, pois o processo de morrer envolve muitos

sentimentos, não podendo ser interpretado apenas sob o ponto de vista racional²⁷.

Nesse contexto, o ensino médico precisa ser aperfeiçoado desde a graduação, já que acadêmicos podem não estar adquirindo suficientes habilidades no que diz respeito ao fim de vida dos pacientes, mesmo nas últimas fases do curso²⁸. A habilidade de informação e comunicação e o preenchimento completo dos prontuários são paradigmas da boa relação médico-paciente, devendo ser uma preocupação do ensino médico e dos responsáveis por estabelecimentos de saúde²⁹.

CONCLUSÃO

Os fármacos mais utilizados para sedação e analgesia dos pacientes que morreram na UTI do Hospital Universitário Santa Terezinha foram o Midazolam e Fentanil, sendo o nível de sedação 6 (máximo) da escala de Ramsay o mais encontrado.

O registro da terminalidade de vida foi encontrado na maioria dos prontuários. Contudo, na quase totalidade não foi descrito o fornecimento dessa informação aos familiares.

Em pouco mais da metade dos pacientes observou-se a suspensão de tratamentos nos últimos dias de vida, com ênfase para a antibioticoterapia, as drogas vasoativas e o suporte nutricional.

Os resultados desta pesquisa permitiram inferir que os referenciais éticos da beneficência, não maleficência e autonomia foram respeitados na maioria dos pacientes. Contudo, ficou evidente a necessidade de maior incentivo ao ensino dos Cuidados Paliativos e Bioética na graduação e pós-graduação das profissões da área da saúde para o aperfeiçoamento das condutas terapêuticas em fim de vida, do preenchimento completo de prontuários, da relação com o paciente e da comunicação com a família.

Por fim, ressaltam-se as limitações desta pesquisa, sobretudo a perda de informações dos prontuários, seu caráter retrospectivo e a falta de comparação dos resultados, sobretudo analgesia e sedação, com os pacientes que não foram a óbito.

REFERÊNCIAS

1. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, Davidson JE, et al. 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.
2. Pimenta CAM, Dálete DCF, Cruz DALM. *Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia*. Barueri (SP): Manole; 2006. 498 p.
3. Pessini L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Loyola; 2009. 336 p.
4. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, Forte DN, Kretzer LP, Lago P, et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011;23(1):24-9.
5. Ferrari D. APACHE II. Sistema de pontuação de mortalidade estimada (Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System II). [acesso 15 Fev 2014]. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/ApacheScore.htm>.
6. Moritz RD, Machado FO, Heerdt M, Rosso B, Beduschi G. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(2):141-7.
7. Chiavone PA, Sens YAS. Evaluation of APACHE II system among intensive care patients at a teaching hospital. *Med J*. 2003;121(2):53-7.
8. Cardoso GS. Avaliação da sedoanalgesia dos pacientes internados na UTI do HU no ano de 2006. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2007. 26 p. (Trabalho de Conclusão de Curso)
9. Feijó CAR, Bezerra ISAM, Peixoto Júnior AA, Meneses FA. Morbimortalidade do idoso internado na unidade de terapia intensiva de hospital universitário de Fortaleza. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18(3):263-7.
10. Bitencourt AGV, Dantas MP, Neves FBC, Almeida AM, Melo RMV, Albuquerque LC. Condutas de Limitação Terapêutica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(2):137-43.
11. Lamas D. Chronic critical illness. *N Engl J Med*. 2014;370(2):175-7.
12. Moritz RD, Pamplona F. Avaliação da Recusa ou Suspensão de Tratamentos Considerados Fúteis ou Inúteis em UTI. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2003;15(1):40-4.
13. Forte DN. Predições probabilísticas em Cuidados Paliativos. In: Moritz RD, organizador. *Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva*. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 41-52.
14. Freitas ERF. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do score APACHE II. *Rev Lat Am Enf*. 2010;18(3):20-6.
15. Devlin JW, Roberts RJ. Pharmacology of commonly used analgesics and sedatives in the ICU: benzodiazepines, propofol, and opioids. *Anesthesiol Clin*. 2011;29(4):567-85.
16. Strom T, Stylsvig M, Toft P. Long term psychological effects of a no-sedation protocol in critically ill patients. *Crit Care*. 2011;15:R293.
17. Jackson DL, Proudfoot CW, Cann KF, Walsh T. A systematic review of the impact of sedation practice in the ICU on resource use, costs and patient safety. *Crit Care*. 2010;14(2):R59.
18. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Adotada por aclamação na 33ª Sessão da Conferência Geral da UNESCO em 19 de outubro de 2005. Paris; 2005.
19. Hooft PF, Hooft L. Bioética en el final de la vida. El derecho a morir en paz. La autonomía personal y las directivas anticipadas. Reflexiones en torno a la Ley de Muerte Digna. *Rev Bioethikos*. 2013;7(1):91-111.
20. Cook D, Ricker 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(12):1123-32.
21. Moritz RD, Deicas A, Rossini JP, Silva NB, Lago PM, Machado FO. Percepção dos profissionais sobre o tratamento no fim da vida, nas unidades de terapia intensiva da Argentina, Brasil e Uruguai. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(2):125-32.
22. Kranidiotis G, Gerovasili V, Tasoulis A, Tripodaki E, Vasileiadis I, Magira E, et al. End-of-life decisions in Greek intensive care units: a multicenter cohort study. *Crit Care*. 2010;14:R228. Disponível em: <http://ccforum.com/content/14/6/R228>.
23. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, et al. End-of-life practices in European intensive care units. The Ethicus Study. *JAMA*. 2003;290(6):790-97.
24. Matsuda LM, Carvalho ARS, Évora YDM. Anotações/registros de enfermagem em um hospital-escola. *Ciênc Cuid Saúde*. 2007;6(Supl. 2):337-46.

25. Borsato FG, Rossaneis MA, Haddad MCFL, Vannuchi MTO, Vituri DW. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(4):527-33.
 26. Girond JBR, Waterkemper R. Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relações. *Cogitare Enf.* 2006;11(3):258-63.
 27. Moritz RD, Lago PM, Souza RQ, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008;20(4):422-8.
 28. Frizzo K, Bertolini G, Caron R, Steffani JA, Bonamigo EL. Percepção dos acadêmicos de medicina sobre cuidados paliativos de pacientes oncológicos terminais. *Rev Bioethikos.* 2013;7(4):367-75.
 29. Sampaio A, Silva M. Prontuários médicos: reflexo das relações médico-paciente. *Rev Bioética.* 2010;18(2):451-68.
-

Recebido em: 27 de junho de 2014
Versão atualizada em: 11 de agosto de 2014
Aprovado em: 27 de agosto de 2014