

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Curso de Medicina

Paiva, B.G.¹; Machado, A.D.¹; Teixeira, C.L.¹; Fernandez, G.M.G.¹; Orenszejn, V.C.¹;

Eugenio, C.²

**EXTUBAÇÃO PALIATIVA: UMA REVISÃO SOBRE O PROCESSO DE DECISÃO
E SUAS VARIÁVEIS**

**PALLIATIVE EXTUBATION: A REVIEW OF DECISION MAKING PROCESS
AND IT'S VARIABLES**

Categoria: Clínico

¹ACADÊMICOS DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

**²DOCENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, MESTRE EM CIÊNCIAS PELA
UNIFESP, DOUTORANDA PELA FMUSP**

São Paulo

2020

R. Leandro Dupret, 847 – Vila Clementino, São Paulo – SP, CEP: 04025013

(11)987609046

E-mail: brunagpaiva@hotmail.com

EXTUBAÇÃO PALIATIVA: UMA REVISÃO SOBRE O PROCESSO DE DECISÃO E SUAS VARIÁVEIS

Categoria: Clínico

DESCRITORES: Retirada da Ventilação Mecânica e Cuidados Paliativos

EXTUBAÇÃO PALIATIVA: UMA REVISÃO SOBRE O PROCESSO DE DECISÃO E SUAS VARIÁVEIS

AUTORES: Machado, A.D.; Paiva, B.G.; Teixeira, C.L.; Fernandez, G.M.G.; Orensztajn, V.C.

ORIENTADORA: Eugenio, C.

INSTITUIÇÃO: Centro Universitário São Camilo

RESUMO

A extubação paliativa (EP) consiste na interrupção da ventilação mecânica invasiva (VMI). Apesar de ser recomendada nos casos em que o sofrimento associado ao tratamento supera seus benefícios, isso nem sempre ocorre na prática. Os motivos para isso são diversos, desde questões sócio-culturais até desconhecimento de seus desafios ético-jurídicos pela equipe médica. Esta revisão objetiva contextualizar a tomada de decisão acerca da EP, de modo que, munidos dessas informações, os profissionais de saúde sejam capazes de comunicar essa alternativa de maneira adequada aos pacientes e familiares.

Para esta pesquisa bibliográfica utilizou-se a busca na biblioteca virtual PubMed, no período de 2010 a 2020 e, depois de aplicados critérios de exclusão, foram selecionados 12 artigos. Os descritores adotados foram: mechanical ventilation withdrawal AND palliative care. Após análise destes, foi constatado que há pouca literatura sobre as variáveis que influenciam o processo de decisão de profissionais de saúde, pacientes e familiares em torno da EP. Do material analisado, percebe-se que ainda existe relutância profissional na realização da extubação por características pessoais, questões morais, culturais, éticas, religiosas e também pela falta de informação técnica sobre o processo. Os resultados do uso da VMI devem ser comunicados de maneira assertiva aos pacientes e familiares, evitando-se um descasamento de expectativas e aumentando a probabilidade de aceitação da EP nos casos em que ela for recomendável. Estudos realizados em Taiwan mostram que, para cada 1% de aumento do conhecimento de cuidadores sobre medidas paliativas, há um acréscimo de 3,12 vezes na disposição de concordar com elas. Além disso, mais da metade dos familiares (56,7%) entrevistados no estudo se arrependem inclusive de iniciar o tratamento de ventilação mecânica prolongada. Isso mostra o quão importante é a transmissão clara do conhecimento a respeito do processo e de prognósticos.

Dessa forma, nas situações em que a EP for recomendável, os médicos devem apresentar essa possibilidade, explicar o prognóstico, assegurar que a causa de morte não é a extubação - e sim a doença - e confortar a família. Quando essa comunicação é feita de forma clara e incluindo todos os aspectos necessários, o cuidador principal tem uma maior tendência em optar pela EP, o que sugere, portanto, que a falta de conhecimento sobre o tema pode ser o motivo pelo qual muitas famílias escolham por manter a VMI.

Palavras-chave: Extubação paliativa. Cuidado Paliativo.

ABSTRACT

Palliative extubation (PE) is the interruption of the invasive mechanical ventilation (IMV) and it is recommended when the suffering associated with the treatment exceeds its benefits. Although it is advised in a few situations, this does not always occur in practice. The reasons for this are diverse, ranging from socio-cultural issues to ignorance of its ethical-legal challenges by the medical team. This review aims to contextualize the decision-making process about PE, so that, with this information, health professionals will be able to communicate this alternative in an appropriate way to patients and family members.

For this bibliographic research, the virtual library PubMed was used, including articles from 2010 to 2020, and after applying exclusion criteria, 12 articles were selected. The descriptors adopted were: mechanical ventilation withdrawal AND palliative care. After analyzing the articles shown, it was possible to identify that there is little literature about variables that influence the decision process of health professionals, patients and family members around PE. From the analyzed material, it was clear that there is still a professional reluctance to perform extubation due to personal characteristics, moral, cultural, ethical and religious issues and also due to the lack of technical information about the process. The results of using IMV should be communicated in an assertive manner to patients and family members, avoiding a mismatch of expectations, so that it can reinforce the likelihood of accepting PE in cases where it is recommended. Studies carried out in Taiwan show that for every 1% increase in caregivers' knowledge about palliative measures, there is an increase of 3.12 times in the willingness to agree with them. In addition, more than half of the family members (56.7%) interviewed in the study regret even starting the treatment of prolonged mechanical ventilation. This shows how a clear transmission of knowledge about the process and its forecasts is important.

Thus, in situations where PE is recommended, doctors must present this possibility, explain the prognosis, ensure that the cause of death is not extubation - but the disease itself - and comfort the family. When this communication is made clear and includes all the necessary aspects, the primary caregiver should have a greater tendency to choose PE, which suggests, therefore, that the lack of knowledge on the topic may be the reason why many families choose for maintaining VMI.

Keywords: Palliative Extubation. Palliative Care.

1. INTRODUÇÃO

A ventilação mecânica invasiva (VMI) é um método de suporte para manutenção da vida de pacientes portadores de insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada ¹. A extubação paliativa (EP) consiste na interrupção desse suporte e é um recurso recomendado quando o sofrimento associado ao tratamento supera seus benefícios. A partir do momento em que há prorrogação antinatural da vida biológica - manutenção dos sinais vitais - sem que, simultaneamente, haja preservação da vida biográfica - conceito individual e subjetivo de vida - a VMI torna-se inconsistente, já que significa preservação desmesuradamente dolorosa da vida biológica sem prospecto de recuperação do paciente. A EP, então, direciona o foco da terapia para a promoção de cuidado e conforto ao invés de cura, permitindo que a doença siga seu curso natural até a morte ², o que é de ponderação essencial visto que cerca de 62% dos pacientes submetidos ao uso prolongado da VMI apresentam baixa qualidade de vida (QV) e problemas de consciência³.

Nesse contexto, o processo de EP envolve planejamento adequado e individualizado, comunicação médico-paciente clara, além da participação de uma equipe multidisciplinar bem informada sobre as discussões que permeiam a EP, e internamente alinhada, que trabalhe em prol dos desejos do paciente e de sua família ². Entretanto, tais pressupostos encontram-se comprometidos na realidade prática por diversos fatores. Nas UTIs de países europeus, por exemplo, mais de 30% dos pacientes vão a óbito sem a participação da família no processo de tomada de decisão a respeito da EP, enquanto no Brasil, esse número é ainda maior, chegando a dois terços dos casos. Esses números ignoram o fato, corroborado pela literatura, de que na prática de EP é recomendada a presença do enfermo ou de seus familiares no processo de decisão ⁴.

Ademais, verifica-se que os próprios médicos relutam em sugerir a EP ao paciente ou a seus parentes. Isso ocorre tanto pela dificuldade de determinar em que momento a VMI já não bastará para a manutenção da vida biográfica ³, quanto pelo fato de que se trata de procedimento desafiador, não apenas por questões técnicas, mas pelas problemáticas éticas, morais, religiosas e pelas repercussões legais que o tema suscita ⁵. Essa relutância dos profissionais pode trazer desconforto à equipe médica, contrariar a vontade do paciente ou, pelo menos, influenciar injustificadamente na recusa do método da EP pelo próprio paciente ⁶. Além disso, gera falta de proatividade dos médicos em oferecer o procedimento, atrasando a decisão e sua realização ⁷.

Nesse cenário, é perceptível a necessidade de ampla discussão e educação sobre a retirada da VMI entre as equipes profissionais, para que possam adquirir conhecimentos técnicos a respeito da terapia paliativa e esclarecer seus receios legais e éticos. A consequência seria uma comunicação clara, detalhada e imparcial com os pacientes e com suas famílias ⁽⁶⁾⁽⁸⁾.

Nesse ínterim, essa melhora na abordagem médico-paciente é fundamental para que o processo de decisão não seja afetado negativamente e para que a vontade do paciente seja atendida. A respeito disso, a Association of Palliative Medicine (“Associação de Medicina Paliativa”) destacou a importância da autonomia do paciente em descontinuar a VMI, sendo dele o direito à requisição de sua retirada ⁵. Além disso, como a maioria dos pacientes que fazem uso da VMI está inconsciente ou parcialmente inconsciente, é comum que as decisões relacionadas a EP recaiam sobre suas famílias e, portanto, deve-se avaliar os fatores que influenciam o processo de decisão delas, bem como ofertar-lhes o máximo de amparo durante todo o processo ³. Afinal, experiências dessa jornada ficam para sempre gravadas na memória dos familiares ⁸. Sendo assim, esta revisão visa ressaltar a importância do estudo de variáveis que influenciam de forma direta o processo de decisão da EP e a qualidade de vida do paciente exposto a VMI, defendendo a discussão sobre questões ética e legais, prognósticos, objetivos da VMI, e demais temas que permeiam a EP.

2. METODOLOGIA

As buscas foram realizadas durante o mês de agosto de 2020, a partir da biblioteca virtual PubMed, e a coleta foi conduzida pelos alunos de forma independente. Foram utilizados os descritores: mechanical ventilation withdrawal AND palliative care.

Foram empregados os seguintes filtros: artigos disponibilizados na íntegra, redigidos nos idiomas português e inglês, publicados nos últimos 10 anos e relacionados a espécie humana. Os critérios de exclusão foram: artigos não originais, relatos de caso e temática não compatível aos objetivos da revisão.

A pesquisa para a seleção dos artigos foi realizada da seguinte maneira: em primeiro lugar, utilizando os descritores “mechanical ventilation withdrawal AND palliative care”, foram obtidos 67 artigos. Na segunda etapa, foi realizada a exclusão de 8 artigos por título. Na sequência, 18 artigos foram eliminados por resumo e 26 por serem não originais ou relatos de caso. Ademais, 2 artigos foram excluídos por não estarem disponíveis na íntegra e 1 por duplicidade. Os 12 artigos restantes foram lidos na íntegra e escolhidos para compor esta revisão.

3. RESULTADOS

Autores	Título/Ano de publicação	Metodologia	Conclusão
Chen YC, Fan HY, Curtis JR, Lee OKS, Liu CK, Huang SJ.	Determinants of receiving palliative care and ventilator withdrawal among patients with prolonged mechanical ventilation / 2017	Foram coletadas informações das famílias de pacientes sobre conhecimento, atitude e experiências relacionados a cuidados paliativos, sobrecarga do cuidador, função familiar, qualidade de vida do paciente e comunicação médico-familiar.	Durante a ventilação mecânica prolongada, os médicos devem discutir minuciosamente seus benefícios e encargos. As famílias devem ter a oportunidade de discutir as circunstâncias em que podem solicitar a implementação de cuidados paliativos ou a retirada da ventilação mecânica, a fim de evitar prolongar o processo de morte.
Huynh TN, Walling AM, Le TX, Kleerup EC, Liu H,	Factors associated with palliative withdrawal of mechanical ventilation and time to death after withdrawal / 2013	Modelos de regressão logística foram utilizados para identificar fatores associados à retirada paliativa da ventilação mecânica. Modelos de riscos proporcionais de Cox foram usados para determinar fatores associados ao tempo até a morte após a extubação. Foram	A retirada paliativa da ventilação mecânica foi realizada em apenas metade dos pacientes que morreram sob ventilação mecânica. Como o serviço clínico e não os parâmetros fisiológicos estão associados à retirada, as intervenções direcionadas

Autores	Título/Ano de publicação	Metodologia	Conclusão
Wenger NS.		avaliados 322 pacientes que morreram em ventilação mecânica ou após a retirada do ventilador paliativo em um único centro de atendimento terciário.	podem melhorar as decisões de retirada. Ademais, a consideração dos requisitos da FIO2 e dos vasopressores pode facilitar o aconselhamento sobre o tempo previsto para a morte.
Phelps K, Regen E, Oliver D, McDermott C, Faull C.	Withdrawal of ventilation at the patient's request in MND: a retrospective exploration of the ethical and legal issues that have arisen for doctors in the UK / 2015	Foi realizada uma análise temática retrospectiva de entrevistas de 24 médicos (incluindo cuidados paliativos, respiratórios, neurologia e clínica geral) sobre suas experiências com a retirada do suporte ventilatório de pacientes com MND.	São necessárias orientações legais, éticas e práticas para profissionais que apoiam um paciente com MND e deseja retirar a ventilação. É necessária uma discussão aberta sobre os desafios éticos, bem como educação e apoio aos profissionais.
Affonseca C de A, Carvalho LFA de, Quinet R de PB, Guimarães MC da C, Curry VF, Rotta AT.	Extubação paliativa: experiência de 5 anos em um hospital pediátrico / 2019	Análise descritiva de uma série de pacientes internados em um hospital público pediátrico, portadores de doenças crônicas e irreversíveis, dependentes da forma permanente de suporte ventilatório e que foram submetidos a extubação paliativa. Dados coletados do prontuário: dados demográficos, diagnóstico, duração e tipo de ventilação mecânica; data, hora e local de realização da extubação paliativa, medicamentos utilizados, sintomas e desfecho hospitalar.	Não foi possível identificar fatores preditores de óbito no hospital após a retirada do suporte ventilatório. A extubação paliativa demanda cuidado especializado com presença e disponibilidade de equipe multiprofissional com formação adequada em controle de sintomas e cuidados paliativos.
Thurn T, Borasio GD, Chiò A, Galvin M, McDermott CJ,	Physicians' attitudes toward end-of-life decisions in amyotrophic lateral sclerosis / 2019	Foram utilizadas duas vinhetas clínicas que descrevem pacientes com ELA em diferentes estágios de progressão para avaliar a influência do sofrimento nas atitudes em relação à retirada da VMI e a influência	Os médicos reconhecem o sofrimento psico-existencial como um motivo altamente aceitável para a retirada da VMI, mas não para a sedação contínua até a morte, e parecem estar à vontade para responder às solicitações do paciente, mas

Autores	Título/Ano de publicação	Metodologia	Conclusão
Mora G, et al.		do sofrimento e do prognóstico sobre atitudes em relação a renúncia à nutrição e hidratação artificiais, sedação contínua até a morte e morte assistida.	mais relutantes em assumir um papel proativo no processo de tomada de decisão.
Long AC, Muni S, Treece PD, Engelberg RA, Nielsen EL, Fitzpatrick AL, et al.	Time to Death after Terminal Withdrawal of Mechanical Ventilation: Specific Respiratory and Physiologic Parameters May Inform Physician Predictions / 2015	Análise observacional a partir da avaliação de um único centro, antes e depois de uma intervenção para melhorar os cuidados paliativos. Foram estudados pacientes que morreram após a retirada terminal da ventilação mecânica. Os preditores incluíram dados demográficos dos pacientes, variáveis laboratoriais, respiratórias e fisiológicas e uso de medicamentos.	Comorbidades e os principais parâmetros respiratórios e fisiológicos podem informar as previsões médicas do tempo até a morte após a retirada da ventilação mecânica. Uma compreensão dos preditores de tempo até a morte pode facilitar as discussões com familiares de pacientes que estão morrendo e melhorar a comunicação sobre os cuidados no final da vida.
Naib T, Lawala S, Arora S, Gidwani U.	Palliative Care in the Cardiac Intensive Care Unit / 2014	O estudo examinou todas as admissões na unidade de terapia intensiva cardíaca do Hospital Mount Sinai, de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2012. Dos 1.368 pacientes admitidos, 117 morreram na unidade.	O estudo demonstra o efeito dos cuidados paliativos e da tomada de decisão de fim de vida na UTI cardíaca. Defendemos o aumento da educação e treinamento em cuidados paliativos entre os médicos envolvidos em cuidados cardíacos intensivos.
Mayer AP.	Redirection in treatment goals: withdrawal of mechanical ventilation outside of the intensive care unit / 2014		Os cuidados paliativos exigem treinamento, estudos e pesquisas, sendo que a colaboração entre especialidades é fundamental.
Messer B, Armstrong A, Doris T, Williams T.	Requested withdrawal of mechanical ventilation in six patients with motor neuron disease / 2019	Nesse estudo foi discutido o gerenciamento de ventilação mecânica de seis pacientes com MND que solicitaram a retirada da ventilação no fim da vida.	A retirada da ventilação mecânica a pedido de um paciente é responsabilidade da equipe de saúde, é necessário aprender para adquirir prática.

Autores	Título/Ano de publicação	Metodologia	Conclusão
Van Beinum A, Hornby L, Ramsay T, Ward R, Shemie SD, Dhanani S.	Exploration of Withdrawal of Life-Sustaining Therapy in Canadian Intensive Care Units / 2016	Nesse estudo foram examinados os dados do estudo piloto de unidades de terapia intensiva canadenses para explorar as práticas de suspensão da terapia de suporte à vida. Então foi feita a descrição da variabilidade na prática padrão.	A prática de retirada da terapia de suporte à vida varia em diferentes regiões canadenses e podem ter um impacto no sucesso da doação controlada após morte circulatória e nos cuidados paliativos.
Laddie J, Craig F, Brierley J, Kelly P, Bluebond-Langner M.	Withdrawal of ventilatory support outside the intensive care unit: guidance for practice / 2014	Foi feita uma revisão de casos, entre 2003 e 2012, de pacientes em terapia intensiva cujos pais optaram pela retirada da ventilação fora do ambiente de terapia intensiva.	A extubação fora do ambiente hospitalar é um desafio que exige recursos. É preciso que os pais sejam orientados para que possam realizar a escolha do local de morte para seus filhos.
Ramos JGR, Vieira RD, Tourinho FC, Ismael A, Ribeiro DC, de Medeiros HJ, et al.	Withholding and Withdrawal of Treatments: Differences in Perceptions between Intensivists, Oncologists, and Prosecutors in Brazil / 2019	Foi enviada uma pesquisa que avaliava o grau de concordância com a suspensão das terapias de um paciente com câncer de pulmão terminal para intensivistas, oncologistas e procuradores do Brasil.	Este estudo conclui que é preciso melhorar as decisões de fim de vida uma vez que há diferenças em concordância sobre limitações do tratamento médico entre os profissionais.

4. DISCUSSÃO

Devido ao fato de que grande parte dos pacientes em VMI apresenta baixo nível de consciência, não é incomum que seus familiares se tornem responsáveis pelas decisões sobre seus cuidados paliativos ³, incluindo a EP. Deste modo, é de extrema importância a investigação dos fatores que influenciam a escolha do cuidador principal (CP) a respeito do rumo do tratamento paliativo, principalmente considerando que há pouca literatura sobre o assunto ³. Dentre os quesitos que interferem na decisão entre realizar ou não a retirada da VMI, tem-se a qualidade de vida (QV) do paciente durante o tratamento e a relação do CP com o enfermo. Percebeu-se que quanto mais baixas as classificações da QV dos pacientes, maior a suscetibilidade deles ou de seus responsáveis em optar pela EP ³. No tocante ao relacionamento entre o paciente e o CP, notou-se que o tomador de decisão tinha maior probabilidade de concordar com a suspensão de agentes de suporte à vida caso o enfermo fosse seu avô ou avó do que nos casos em que se tratava de seus

pais ou cônjuge ³. Logo, sabendo que o CP pode ser submetido ao processo de decisão, cabe aos profissionais de saúde estudar e compreender fatores que o influenciam.

Ademais, o conhecimento dos familiares e do paciente a respeito tanto da VMI e de seu prognóstico, quanto da EP, também impacta o processo de decisão sobre este cuidado paliativo ³. Em um estudo realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Cardíaca, percebeu-se que os pacientes que tiveram uma discussão estruturada sobre os cuidados de fim de vida - a qual abordava aspectos como falta de perspectiva de cura, QV e conforto - tiveram uma maior taxa de adesão à EP quando comparados aos que não receberam essa intervenção por parte da equipe multidisciplinar ⁹. Da mesma forma, uma pesquisa sobre determinantes de retirada da ventilação mecânica realizada em Taiwan, em 2017, entre pacientes sob uso desse suporte por mais de 60 dias, aponta que para cada 1% de aumento no conhecimento sobre cuidados paliativos possuído por um cuidador, há um aumento de 3,12 vezes na disposição de concordar com tais tratamentos ³.

Em contraste, nesse mesmo estudo, verificou-se que em mais de 50% dos casos nenhum médico havia discutido o prognóstico do paciente com os familiares envolvidos e que 74,3% dos CP entrevistados não tinha consciência de que o paciente seria permanentemente dependente de um ventilador mecânico. Ademais, mais da metade dos cuidadores (56,7%) alegou que não optaria pela VMI novamente ³. Esses resultados refletem como a falta de discussão sobre o prognóstico e os objetivos da VMI e da EP repercutem de forma negativa no tratamento do enfermo, uma vez que o conflito do CP em relação a decisão de interromper ou não o suporte artificial à vida frequentemente resulta no prolongamento do sofrimento e em uma consequente baixa QV do paciente ³. Por essa razão, é fundamental que haja um esclarecimento dos questionamentos do paciente e dos seus responsáveis acerca da EP, para que eles possam fazer uma escolha consciente.

É preciso levar em conta que a ausência de discussão sobre prognósticos se deve, principalmente, à frequente relutância dos médicos em sugerir a EP para esses pacientes. Isso ocorre por características pessoais dos médicos, como questões morais, culturais e religiosas ⁷, e também por eles possuírem poucas informações técnicas sobre o processo ⁽³⁾⁽¹⁰⁾. A respeito da religiosidade, por exemplo, notou-se que quanto mais religioso for o médico, menos favorável ele será em relação às práticas paliativas de fim de vida ⁷. Já em relação à falta de conhecimento sobre a prática da EP, o maior desafio relatado é decidir em que ponto os agentes de suporte à vida não são mais indicados ³. O que pode fornecer auxílio para as previsões dos profissionais na tomada dessa decisão é que, a partir do momento em que a manutenção da VMI se tornar deletéria, por estar associada a intenso sofrimento e a efeitos colaterais prejudiciais ao paciente e a sua família ², deve-se considerar a sua retirada.

Agravando ainda mais esse quadro de relutância, a retirada de terapia intensiva reivindica aos profissionais encargo ético e legal ⁴. Sabe-se que é direito do paciente recusar ou desistir de qualquer tratamento, ainda que isso acelere sua morte ⁶. Ainda assim, pacientes que optam pela EP podem ter seu pedido adiado ou até mesmo negado, devido aos receios da equipe de saúde quanto a esses quesitos. Um estudo realizado com médicos responsáveis pelo tratamento de pacientes portadores da doença de neurônio motor (DNM), feito no Reino Unido em 2015, relata como a postura do profissional e o meio em que ele está inserido afetam a prática da EP, apesar do direito de recusa de tratamento estar claro na jurisprudência e no código de conduta médica do país para pacientes com capacidade de decisão ⁶. Segundo esse artigo, grande parte dos médicos entrevistados enfrentou situações de discordância com seus colegas que acreditavam que a EP seria antiética ou legalmente inaceitável, sendo que alguns ainda a consideraram suicídio assistido. Essa divergência de opiniões muitas vezes reduziu a qualidade do atendimento ao paciente, que ocasionalmente não era apoiado e tinha sua requisição postergada, já que essas situações aumentavam a ansiedade, o estresse e o medo dos profissionais ⁶. Por vezes, o desconforto gerado

era tão grande que os profissionais recorriam a organizações de defesa, comitês de ética e até audiências em tribunais para certificarem-se a respeito da legalidade da EP em ocasiões específicas ⁶. Assim, conclui-se que é de suma importância que haja uma discussão aberta sobre a ética e as repercussões legais que permeiam a EP entre as equipes de saúde, a fim de que estas fiquem alinhadas, podendo assim oferecer um atendimento de qualidade, que respeite os desejos dos pacientes e de seus familiares.

Para que esse atendimento seja garantido, além do alinhamento da equipe multiprofissional, é necessário que se ofereça conforto à família do paciente ¹¹. Nesse cenário, é fundamental que os familiares sejam informados a respeito do seguimento da EP, principalmente sobre o curso de morte após a retirada da VMI, uma vez que isso permite que eles se preparem para a morte do paciente e envolvam as demais pessoas que gostariam de estar presentes durante o processo ¹². Neste aspecto, estudos que analisam o tempo de morte do paciente após a retirada da VMI, levando em consideração a fração inspirada de oxigênio (Fio2) e os requisitos de vasopressores, podem facilitar o aconselhamento às famílias sobre o tempo previsto para a morte ¹⁰. Também se faz necessário inteirar os familiares sobre a causa do óbito, para que seja possível eximi-los da responsabilidade e da culpa pela morte de seu ente querido, uma vez que é comum que eles apresentem receio em optar pela EP por acreditarem que o fator causal da morte seria a retirada da VMI, e não a própria doença ². Da mesma forma, a fim de garantir esse conforto, é essencial que os médicos assegurem que o paciente terá suporte durante todo o processo e que seu sofrimento e sua dor serão minimizados ¹².

Além disso, para a obtenção desse conforto, os cuidados paliativos devem ser individualizados, de forma que o processo vise a garantir que tudo ocorrerá conforme os desejos do paciente e de seus familiares, incluindo suas crenças espirituais e culturais - o que pode envolver rituais religiosos e bênçãos a serem realizadas antes da retirada da VMI ⁽⁵⁾⁽⁸⁾⁽¹¹⁾⁽¹³⁾. Logo, é necessário fornecer tempo, quando tecnicamente possível, e privacidade para os entes queridos. É importante também que a família possa opinar a respeito do ambiente em que será realizada a EP, pois isso pode gerar maior sensação de acolhimento e controle sobre a situação, além de contribuir para a preservação de sua privacidade ². Estudos evidenciam que, apesar de ser mais complexa do ponto de vista técnico - por envolver uma estratégia mais detalhada de manejo dos sintomas e um planejamento de suporte pós-morte -, a extubação em casa pode ser menos penosa para os familiares, por auxiliar no processo de luto, e que, portanto, deve ser considerada ².

5. CONCLUSÃO

A EP envolve tanto questões técnicas, morais e emocionais, quanto éticas e legais. Dentre elas, destacam-se os fatores que interferem no processo de decisão do CP, o esclarecimento dos questionamentos do paciente e de seus responsáveis, a aquisição de conhecimentos relacionados à retirada da VMI e ao período pós-retirada, a relutância dos profissionais em sugerir-la ou realizá-la e a garantia de conforto para a família. Quando não esclarecidas, tais questões podem se tornar um obstáculo para o alinhamento da equipe multiprofissional e para o atendimento de qualidade.

Conclui-se que, como é direito dos pacientes ou do CP, em caso de pacientes com baixo nível de consciência, optar pela EP, cabe aos profissionais a responsabilidade de atendê-los de forma coerente, imparcial e acolhedora, explicando o procedimento de forma neutra e livre de eventuais preconceitos morais. Essa abordagem seria possível a partir de um conhecimento prévio da equipe sobre o funcionamento da EP, que pode ser adquirido empiricamente ou em universidades de saúde.

Infelizmente, o conhecimento dos profissionais de saúde sobre extubação é escasso, o que acarreta um atendimento defasado e leva a falta de informação dos familiares sobre o método. Desse modo, é necessária uma preparação que inclua o estudo das variáveis que influenciam o processo de decisão do CP, uma vez que a responsabilidade muitas vezes recai sobre este e sua decisão afeta diretamente a QV do paciente exposto à ventilação. Além disso, é fundamental incluir abordagens abertas, claras, didáticas sobre a ética e as repercussões legais que permeiam a EP, que sejam acessíveis a toda equipe multiprofissional, uma vez que estudos apontam como muitos ainda podem considerá-la antiética e legalmente inaceitável. Ademais, é imprescindível que a discussão sobre prognósticos com pacientes e familiares não seja negligenciada por questões morais, culturais e religiosas dos profissionais.

Além disso, ao abordar a família, é de extrema importância que o profissional assegure-a de que a causa da morte não é a EP, mas sim a doença, e ofereça suporte nos momentos de sofrimento que os familiares podem vivenciar no centro de saúde, de forma a ampará-los. É importante que todas as dúvidas que a família possa ter sejam sanadas e que ela se sinta acolhida caso opte por descontinuar a VMI. Também é dever do médico respeitar as crenças espirituais e culturais da família, assim como a escolha do local em que a EP será realizada. A maioria dos estudos refere que, quando essa abordagem é feita adequadamente, a probabilidade de optar pela EP aumenta e o processo de aceitação da perda é facilitado.

Finalizando, pode-se afirmar que a educação da família e dos profissionais envolvidos no processo de retirada da VMI é essencial, uma vez que quanto maior o conhecimento envolvido maior a probabilidade de que se opte pela EP, que está relacionada a mitigação do sofrimento familiar.

Referências

1. De Carvalho CRR, Toufen C, Franca SA. Ventilação mecânica: Princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. In: *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [Internet]. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; 2007 [cited 2020 Aug 26]. p. 54–70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000800002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
2. Affonseca C de A, Carvalho LFA de, Quinet R de PB, Guimarães MC da C, Curry VF, Rotta AT. Palliative extubation: five-year experience in a pediatric hospital. *J Pediatr (Rio J)*. 2019 Sep 4;
3. Chen YC, Fan HY, Curtis JR, Lee OKS, Liu CK, Huang SJ. Determinants of receiving palliative care and ventilator withdrawal among patients with prolonged mechanical ventilation. *Crit Care Med*. 2017;45(10):1625–34.
4. Ramos JGR, Vieira RD, Tourinho FC, Ismael A, Ribeiro DC, de Medeiros HJ, et al. Withholding and Withdrawal of Treatments: Differences in Perceptions between Intensivists, Oncologists, and Prosecutors in Brazil. *J Palliat Med* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2020 Aug 26];22(9):1099–105. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2018.0554>
5. Messer B, Armstrong A, Doris T, Williams T. Requested withdrawal of mechanical ventilation in six patients with motor neuron disease. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2020 Aug 26];10(1):10–3. Available from: <https://spcare.bmj.com/content/10/1/10>
6. Phelps K, Regen E, Oliver D, McDermott C, Faull C. Withdrawal of ventilation at the patient's request in MND: A retrospective exploration of the ethical and legal issues that have arisen for doctors in the UK. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2020 Aug 26];7(2):189–96. Available from: <http://spcare.bmj.com/>
7. Thurn T, Borasio GD, Chiò A, Galvin M, McDermott CJ, Mora G, et al. Physicians' attitudes toward end-of-life decisions in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler Front Degener* [Internet]. 2019 Jan 2 [cited 2020 Aug 26];20(1–2):74–81. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21678421.2018.1536154>
8. Mayer AP. Redirection in treatment goals: withdrawal of mechanical ventilation outside of the intensive care unit. *Arch Dis Child*. 2014;99(9):795–797. doi:10.1136/archdischild-2014-306417
9. Naib T, Lawala S, Arora S, Gidwani U. Palliative care in the cardiac intensive care unit. *Am J Cardiol* [Internet]. 2015;115(5):687–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2014.12.023>
10. Huynh TN, Walling AM, Le TX, Kleerup EC, Liu H, Wenger NS. Factors associated with palliative withdrawal of mechanical ventilation and time to death after withdrawal. *J Palliat Med*. 2013;16(11):1368–74.
11. Laddie J, Craig F, Brierley J, Kelly P, Bluebond-Langner M. Withdrawal of ventilatory support outside the intensive care unit: Guidance for practice. *Arch Dis Child* [Internet]. 2014 Sep 1 [cited 2020 Aug 26];99(9):812–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/>

12. Long AC, Muni S, Treece PD, Engelberg RA, Nielsen EL, Fitzpatrick AL, et al. Time to Death after Terminal Withdrawal of Mechanical Ventilation: Specific Respiratory and Physiologic Parameters May Inform Physician Predictions. *J Palliat Med.* 2015;18(12):1040–7.
13. Van Beinum A, Hornby L, Ramsay T, Ward R, Shemie SD, Dhanani S. Exploration of Withdrawal of Life-Sustaining Therapy in Canadian Intensive Care Units [Internet]. Vol. 31, *Journal of Intensive Care Medicine.* SAGE Publications Inc.; 2015 [cited 2020 Aug 26]. p. 243–51. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0885066615571529>