

Pesquisa Multidisciplinar EM SAÚDE

EDIÇÃO XXII

Capítulo 53

LIMITAÇÃO DO SUPORTE DE VIDA EM UTI: QUANDO INICIAR OS CUIDADOS PALIATIVOS?

JULIA TAVARES DE LIRA¹
ANA CLARA MARTINS DE SOUZA¹
ANA JULIA DE SOUZA¹
ANA LUISA CHAVES FERREIRA¹
ANA TIEMY OCHIRO¹
ARTHUR DE MARTINO MORAES¹
ISABELA BATINI¹
MAITÊ PUCHASKI PIEROBON¹
MANUELA PEREIRA SEGABINAZZI¹
RAFIC FARID MOHAMAD EL KADRI¹

¹Discente - Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Terapia Intensiva; Suporte de Vida.

DOI

10.59290/2062004102

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A medicina intensiva consolidou-se a partir da necessidade de oferecer monitorização contínua e suporte avançado a pacientes criticamente enfermos. Um marco histórico ocorreu durante a epidemia de poliomielite de Copenhague, em 1952, quando a ventilação com pressão positiva e a concentração dos pacientes em uma área específica contribuíram para reduzir a mortalidade e impulsionaram a organização das primeiras unidades modernas de terapia intensiva (KELLY *et al.*, 2014). Desde então, o desenvolvimento de tecnologias de suporte orgânico, protocolos assistenciais e equipes multiprofissionais ampliou de forma expressiva a possibilidade de sobrevivência em situações antes consideradas fatais.

Esse avanço, entretanto, tornou mais frequente um dilema central da prática intensiva: distinguir intervenções capazes de recuperar funções e prolongar uma vida com benefício clínico de medidas que apenas prolongam o processo de morrer. Em pacientes com doença irreversível, falência orgânica progressiva ou baixa probabilidade de recuperação compatível com seus valores e objetivos, a manutenção indiscriminada de terapias invasivas pode configurar obstinação terapêutica e ampliar sofrimento físico, emocional e familiar (PESSINI, 2016; MATHUR *et al.*, 2018). A discussão sobre limites terapêuticos, portanto, não decorre da ausência de recursos, mas da necessidade de utilizá-los de forma proporcional, ética e centrada na pessoa.

A limitação do suporte de vida compreende decisões de não iniciar ou de suspender intervenções que se tornaram fúteis ou desproporcionais, preservando-se, simultaneamente, todas as medidas destinadas ao conforto e ao alívio do sofrimento. Nessa perspectiva, limitar uma terapia não equivale a abandonar o paciente. O

foco assistencial é redefinido: a prioridade deixa de ser exclusivamente a reversão da doença e passa a incluir controle de sintomas, comunicação, dignidade, apoio à família e respeito às preferências individuais (MATHUR *et al.*, 2018; SALINS *et al.*, 2018).

Os cuidados paliativos ocupam papel essencial nessa transição. Embora historicamente associados a doenças oncológicas avançadas e aos últimos momentos de vida, atualmente são compreendidos como uma abordagem que pode ser introduzida precocemente e coexistir com tratamentos modificadores da doença. Na UTI, sua integração é particularmente relevante quando há elevada carga de sintomas, prognóstico desfavorável, doença avançada ou progressiva, conflitos na definição dos objetivos terapêuticos ou necessidade de discutir a adequação de medidas de suporte vital (KESECIOGLU *et al.*, 2024; DOHERTY *et al.*, 2024).

Assim, o presente capítulo tem como objetivo discutir os limites da limitação do suporte de vida na UTI e identificar elementos clínicos, prognósticos, éticos e assistenciais que auxiliem na definição do momento adequado para integrar cuidados paliativos. Busca-se ainda diferenciar limitação terapêutica de eutanásia e abandono, apresentar fundamentos da tomada de decisão compartilhada, descrever medidas de conforto e analisar desafios contemporâneos e perspectivas de integração precoce no cuidado ao paciente crítico.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, elaborada a partir da integração dos textos produzidos pelos integrantes do grupo para os diferentes eixos temáticos deste capítulo. O corpus utilizado reuniu artigos científicos, revisões, diretrizes de sociedades de terapia intensiva e cuidados paliativos, documentos normativos e referências institucionais previamente

selecionadas pelos autores, com ênfase em publicações relacionadas à terminalidade na UTI, avaliação prognóstica, tomada de decisão compartilhada, limitação do suporte de vida, controle de sintomas, integração de cuidados paliativos, desafios assistenciais e perspectivas futuras. Para a redação final, os materiais foram submetidos à leitura comparativa e organizados em categorias temáticas, priorizando-se referências diretamente relacionadas à prática em terapia intensiva e, quando disponíveis no material do grupo, recomendações e estudos mais recentes. Foram excluídas da síntese final informações repetidas entre os textos, afirmações sem referência identificável e conteúdos que não se relacionavam diretamente ao objetivo do capítulo. Por se tratar de revisão narrativa construída a partir de um conjunto bibliográfico previamente reunido pelos colaboradores, não foi realizada estratégia sistemática independente com contagem de registros, avaliação de risco de viés ou metanálise. Os resultados são apresentados de forma descritiva e articulados em eixos que percorrem o reconhecimento da terminalidade, o prognóstico, a decisão compartilhada, a limitação terapêutica, a integração paliativa, os desafios contemporâneos e as evidências emergentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Terminalidade na UTI: quando reconhecer?

O reconhecimento da terminalidade na UTI exige a combinação de conhecimento técnico, avaliação evolutiva e sensibilidade para evitar dois extremos: a manutenção de suporte de vida sem benefício plausível e a interrupção prematura de intervenções potencialmente úteis. A terminalidade pode ser compreendida como a condição em que uma doença progressiva e incurável deixa de responder a tratamentos com

finalidade curativa, com expectativa de vida limitada. Nesse cenário, o cuidado paliativo ganha centralidade, sem que isso implique abandono de medidas proporcionais ao conforto ou mesmo de tratamentos ativos que ainda ofereçam benefício (MORITZ *et al.*, 2008).

A avaliação deve ser individualizada. Pacientes com neoplasias avançadas, doenças neurológicas progressivas, demências e insuficiências orgânicas terminais podem apresentar necessidades paliativas relevantes, mas o diagnóstico isolado não determina a conduta. A evolução clínica, a reversibilidade das disfunções, a resposta ao tratamento, a funcionalidade prévia, a fragilidade e os valores do paciente precisam ser considerados em conjunto. A falência persistente de múltiplos órgãos e a ausência de resposta a medidas adequadas podem sinalizar irreversibilidade e justificar a reavaliação dos objetivos terapêuticos (KESECIOGLU *et al.*, 2024).

A transição de um objetivo predominantemente curativo para um objetivo predominantemente paliativo deve ser deliberada, documentada e comunicada. A equipe precisa identificar quais intervenções ainda apresentam relação favorável entre benefício e ônus e quais apenas prolongam o processo de morrer. Recomendações de boas práticas em fim de vida reforçam medidas como revisão de exames e medicamentos sem impacto no conforto, facilitação da presença familiar, adaptação das vias de administração e registro claro das decisões no prontuário (MORITZ *et al.*, 2024). O ponto central é compreender que a terminalidade não elimina o dever de cuidar; ela redefine o que constitui benefício clínico.

Avaliação prognóstica e definição de proporcionalidade terapêutica

A avaliação prognóstica é indispensável para discutir proporcionalidade terapêutica, mas

não deve ser tratada como uma previsão individual exata. Escores como SOFA e APACHE II organizam variáveis fisiológicas e ajudam a estimar risco de mortalidade e gravidade em grupos de pacientes. O SOFA, em particular, permite acompanhar a evolução das disfunções orgânicas, enquanto o APACHE II utiliza dados fisiológicos iniciais para estimar risco. O desempenho desses instrumentos varia conforme a população e o contexto, motivo pelo qual seus resultados devem ser interpretados como apoio, e não como substitutos do julgamento clínico (BERTSCHI *et al.*, 2022).

Além da gravidade aguda, a fragilidade e a capacidade funcional prévia acrescentam informações relevantes. A *Clinical Frailty Scale* e outros instrumentos podem reconhecer menor reserva fisiológica e maior vulnerabilidade a desfechos desfavoráveis. Em pacientes idosos ou com múltiplas comorbidades, saber como a pessoa funcionava antes da internação e qual recuperação seria aceitável para ela pode ser tão importante quanto estimar a probabilidade de sobreviver à fase aguda. A associação entre escores, funcionalidade, fragilidade e evolução diária torna a avaliação mais coerente com a complexidade do paciente crítico.

A incerteza prognóstica deve ser explicitada nas conversas com pacientes e familiares. Quando a reversibilidade permanece duvidosa, pode-se estabelecer um período de tratamento intensivo com objetivos e critérios de reavaliação previamente definidos, evitando tanto decisões precipitadas quanto a manutenção indefinida de medidas invasivas. Ferramentas preditivas baseadas em inteligência artificial vêm sendo estudadas para ampliar a capacidade de estratificação de risco, porém sua incorporação rotineira depende de validação e deve permanecer subordinada à avaliação clínica e aos valores do paciente (PRADHAN *et al.*, 2026).

Tomada de decisão compartilhada

A tomada de decisão compartilhada é um processo colaborativo entre equipe de saúde, paciente, quando capaz, e familiares ou representante legal. Seu objetivo é definir metas gerais de cuidado e escolher intervenções coerentes com o quadro clínico e com os valores e preferências da pessoa. Cabe ao profissional explicar diagnóstico, prognóstico, alternativas, riscos e benefícios, verificar a compreensão e responder dúvidas; ao paciente ou representante cabe compartilhar crenças, prioridades e limites considerados aceitáveis. Essa abordagem desloca a decisão de um modelo exclusivamente paternalista para um cuidado centrado no paciente (KON *et al.*, 2016).

Os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça oferecem base para essas escolhas. A autonomia assegura participação nas decisões; a beneficência orienta a busca por intervenções capazes de produzir benefício; a não maleficência exige evitar tratamentos cujo ônus supere a utilidade; e a justiça lembra que recursos devem ser utilizados de modo equitativo. Em situações de fim de vida, esses princípios não funcionam isoladamente, mas precisam ser ponderados diante da singularidade clínica e dos valores expressos pelo paciente.

A comunicação é o instrumento que torna esse processo possível. Informações claras, consistentes e empáticas permitem que o paciente e a família compreendam a doença e participem de decisões complexas. Diretivas Antecipadas de Vontade, regulamentadas no Brasil pela Resolução CFM nº 1.995/2012, registram desejos previamente manifestados para situações futuras de incapacidade. O Planejamento Antecipado de Cuidados amplia essa lógica ao promover conversas contínuas sobre diagnóstico, prognóstico, prioridades, opções terapêuticas e eventual escolha de representante. Quanto

mais cedo essas discussões ocorrem, menor a probabilidade de decisões críticas serem tomadas apenas durante uma emergência (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012; DIAS *et al.*, 2022).

Limitação do suporte de vida

A limitação do suporte de vida é a decisão deliberada de não iniciar ou de suspender intervenções consideradas fúteis ou desproporcionais em relação aos objetivos de cuidado. Sua finalidade é evitar obstinação terapêutica e sofrimento desnecessário, preservando dignidade e conforto. A decisão deve ser individualizada e fundamentada na condição clínica, na possibilidade de reversão, no prognóstico, na proporcionalidade entre benefícios e danos e, sempre que possível, nas preferências previamente expressas pelo paciente (SALINS *et al.*, 2018; LISSAK; YOUNG, 2024).

O *withholding* corresponde à não instituição de uma intervenção ainda não iniciada quando ela não oferece perspectiva razoável de alcançar os objetivos definidos. Pode envolver, conforme o caso, decisão de não realizar ressuscitação cardiopulmonar, não iniciar intubação, diálise, traqueostomia ou escalonamento de drogas vasoativas. O *withdrawing*, por sua vez, consiste na suspensão de uma terapia já em curso quando ela se torna ineficaz ou desproporcional. Ventilação mecânica, vasopressores, diálise, antibióticos e outras medidas podem ser reavaliados individualmente. A retirada de suporte exige planejamento rigoroso de analgesia, controle de dispneia, ansiedade e demais sintomas (BECERRA-BOLAÑOS *et al.*, 2024).

Do ponto de vista ético, não iniciar e suspender um tratamento pode ser considerados equivalentes quando a indicação clínica e os objetivos são os mesmos, embora a retirada de uma terapia frequentemente imponha maior

carga emocional à equipe e à família. Essa diferença psicológica não deve obscurecer a pergunta principal: a intervenção ainda oferece benefício proporcional ao paciente? Quando a resposta for negativa, a continuidade automática pode representar dano em vez de cuidado (CAMERON *et al.*, 2021).

É igualmente essencial diferenciar limitação de suporte de vida de eutanásia. Na limitação terapêutica, a intenção é retirar ou não instituir uma intervenção desproporcional e permitir a evolução natural da doença, mantendo medidas de conforto. Na eutanásia, a morte é provocada intencionalmente por uma ação destinada a causar o óbito. A distinção está, portanto, na intenção, no mecanismo causal e no objetivo clínico (FONTALIS *et al.*, 2018; GOLIGHER *et al.*, 2017). A limitação do suporte não significa abandono: quando terapias invasivas deixam de ser indicadas, a obrigação de aliviar sofrimento e acompanhar o paciente permanece.

Cuidados paliativos integrados à UTI

Os cuidados paliativos na UTI devem ser compreendidos como parte do tratamento do paciente crítico e não como assistência reservada às últimas horas de vida. Podem coexistir com ventilação mecânica, drogas vasoativas, antibióticos e outras medidas de suporte quando essas intervenções ainda são proporcionais. Sua integração torna-se especialmente importante diante de elevada carga de sintomas, doença avançada ou progressiva, prognóstico desfavorável, conflitos sobre objetivos terapêuticos ou necessidade de discutir limitação ou retirada de suporte vital (KESECIOGLU *et al.*, 2024; DOTHERTY *et al.*, 2024).

Um modelo possível combina cuidados paliativos primários, prestados pela própria equipe intensivista, com avaliação especializada nos casos de maior complexidade. Entre as

competências básicas estão controle de sintomas, comunicação, definição de objetivos de cuidado e apoio à família. A equipe especializada pode contribuir quando há sintomas refratários, conflitos persistentes, sofrimento psicossocial ou espiritual intenso e decisões de alta complexidade. Esse arranjo evita a falsa oposição entre terapia intensiva e palição: ambas podem atuar simultaneamente, com intensidade variável ao longo da evolução clínica.

O controle de sintomas permanece central. A dor deve ser avaliada de forma regular, utilizando autorrelato quando possível e instrumentos comportamentais em pacientes incapazes de se comunicar. A dispneia exige investigação de causas reversíveis e medidas de conforto, podendo incluir opioides em situações selecionadas. Delirium demanda busca de fatores precipitantes, redução de estímulos nocivos, preservação do ciclo sono-vigília e mobilização quando viável. Atualizações das diretrizes PALLIS reforçam uma abordagem individualizada para dor, ansiedade, sedação, delirium, imobilidade e sono no paciente crítico (LEWIS *et al.*, 2025).

Nas fases finais, secreções respiratórias podem gerar ruído e grande preocupação familiar, embora nem sempre representem sofrimento do paciente. Posicionamento, higiene oral e medidas não invasivas costumam ser preferíveis à aspiração repetitiva sem benefício. Em sofrimento refratário, a sedação paliativa pode ser considerada como redução proporcional do nível de consciência para aliviar sintomas intoleráveis que não responderam a outras estratégias. Sua intenção é aliviar sofrimento, e não causar a morte, e sua indicação deve respeitar critérios de refratariedade, proporcionalidade e autonomia (SURGES *et al.*, 2024).

A humanização permanece indispensável mesmo em um ambiente altamente tecnológico.

O paciente deve ser reconhecido por sua história, vínculos, preferências e prioridades. A família precisa receber informações coerentes, espaço para perguntas e apoio durante a tomada de decisão e o luto. Quando tratamentos de suporte vital são reduzidos ou retirados, o cuidado deve se intensificar no que diz respeito ao conforto, à comunicação e à dignidade.

Aspectos legais, éticos e normativos dos cuidados paliativos e da terminalidade da vida

A assistência ao paciente em fase final de vida envolve decisões que ultrapassam a dimensão estritamente técnica e exigem fundamentação ética, legal e humanística. No Brasil, a prática dos cuidados paliativos e as decisões relacionadas à terminalidade encontram respaldo em normas do Conselho Federal de Medicina (CFM), no Código de Ética Médica, nas diretivas antecipadas de vontade e na legislação vigente. Em conjunto, esses instrumentos reforçam a dignidade da pessoa humana, a autonomia do paciente, a proporcionalidade terapêutica e o dever de aliviar o sofrimento, inclusive quando a possibilidade de cura já não existe (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

A Resolução CFM nº 1.805/2006 constitui um marco importante nesse campo ao reconhecer que, em pacientes com doença grave, incurável e em fase terminal, o médico pode limitar ou suspender procedimentos e tratamentos destinados apenas a prolongar o processo de morrer. Essa possibilidade está condicionada à manutenção dos cuidados necessários para aliviar dor e outros sintomas, ao respeito à vontade do paciente ou de seu representante legal, ao esclarecimento sobre as alternativas terapêuticas e ao adequado registro da decisão no prontuário. Assim, a mudança do objetivo terapêutico não extingue a responsabilidade médica: o cuidado

permanece, embora passe a priorizar conforto, qualidade de vida e dignidade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006).

O Código de Ética Médica reforça essa compreensão ao orientar a atuação profissional pelos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e dignidade. No contexto de doenças irreversíveis e terminais, a obrigação de utilizar recursos em benefício do paciente deve ser conciliada com o dever de evitar procedimentos desnecessários ou desproporcionais. Também é indispensável fornecer informações compreensíveis sobre diagnóstico, prognóstico e possibilidades terapêuticas, permitindo participação efetiva do paciente nas decisões. A relação assistencial, portanto, não deve se limitar a uma lógica paternalista, mas ser construída por meio de diálogo, respeito e decisão compartilhada (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Nesse processo, as Diretivas Antecipadas de Vontade representam importante instrumento de proteção da autonomia. Regulamentadas pela Resolução CFM nº 1.995/2012, correspondem aos desejos previamente manifestados pelo paciente sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber caso futuramente perca a capacidade de expressar sua vontade. Quando disponíveis, devem integrar o processo decisório, oferecendo referência para a equipe e para os familiares e reduzindo a possibilidade de que decisões tomadas durante a incapacidade contrariem preferências anteriormente manifestadas pelo próprio paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

No âmbito jurídico e das políticas de saúde, o fortalecimento dos direitos do paciente acompanha a consolidação dos cuidados paliativos como componente da assistência integral. O material analisado destaca diretrizes que defendem a oferta de cuidados paliativos diante de

doenças ameaçadoras da vida e a atuação multiprofissional voltada ao sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. Autonomia, consentimento informado, acesso às informações de saúde e respeito às manifestações de vontade constituem elementos essenciais para que a assistência ao fim da vida seja segura e centrada na pessoa.

Do ponto de vista conceitual e normativo, é fundamental distinguir ortotanásia, distanásia, eutanásia e suicídio assistido. A ortotanásia corresponde à permissão para que a morte ocorra em seu tempo natural, evitando intervenções fúteis ou desproporcionais e mantendo medidas paliativas destinadas ao conforto. Essa compreensão é compatível com a limitação do suporte de vida discutida anteriormente e encontra respaldo ético nas normas do CFM. A distanásia, em contraste, caracteriza-se pelo prolongamento artificial do processo de morrer mediante intervenções invasivas sem benefício clínico significativo, podendo ampliar o sofrimento do paciente e da família e contrariar os princípios da proporcionalidade terapêutica e da dignidade.

A eutanásia difere dessas situações porque envolve uma ação intencional destinada a provocar a morte com o objetivo de interromper o sofrimento. O suicídio assistido, por sua vez, ocorre quando o próprio paciente realiza o ato que provoca sua morte utilizando meios disponibilizados por outra pessoa. Conforme as referências reunidas no material do grupo, ambas as práticas não possuem respaldo legal no Brasil e não devem ser confundidas com ortotanásia, cuidados paliativos ou limitação de tratamentos desproporcionais (CASTRO *et al.*, 2016). Essa distinção é particularmente importante na UTI, onde a suspensão ou não instituição de suporte vital pode ser equivocadamente interpretada como uma ação destinada a causar a morte.

Portanto, os aspectos legais, éticos e normativos não funcionam apenas como limites à atuação profissional; eles oferecem segurança para que decisões de fim de vida sejam tomadas de maneira proporcional, transparente e centrada no paciente. A autonomia, a comunicação clara, o registro das decisões, a participação da família ou representante quando necessária e a manutenção do controle de sintomas constituem elementos fundamentais. Mesmo quando a cura deixa de ser possível ou uma terapia de suporte vital deixa de ser indicada, permanece o dever de cuidar, aliviar o sofrimento e preservar a dignidade da pessoa até o fim da vida.

Desafios contemporâneos

Apesar dos avanços, a implementação dos cuidados paliativos na UTI ainda encontra barreiras institucionais, culturais, comunicacionais e emocionais. A cultura médica historicamente orientada à intervenção e à recuperação pode dificultar a mudança dos objetivos terapêuticos quando a doença se torna irreversível. A insegurança diante de decisões de fim de vida e o receio de responsabilização também podem favorecer a manutenção de tratamentos com benefício limitado. A superação dessas barreiras depende de protocolos, formação profissional e espaços de discussão multiprofissional (KESE-CIOGLU *et al.*, 2024).

Conflitos com familiares são frequentes quando as expectativas de recuperação divergem da avaliação clínica ou quando a limitação de tratamentos é interpretada como abandono. Crenças culturais e religiosas podem influenciar a compreensão sobre sofrimento, morte e uso de suporte vital. A resposta adequada não é padronizar valores, mas compreender o significado que essas crenças possuem para cada paciente e família, adaptar a comunicação e buscar objetivos compartilhados. Uma abordagem culturalmente sensível pode reduzir conflitos

sem afastar a equipe de suas responsabilidades éticas e técnicas.

A comunicação inadequada também favorece sofrimento e decisões inconsistentes. Informações divergentes entre profissionais, linguagem excessivamente técnica e ausência de reuniões estruturadas dificultam a compreensão do prognóstico. Diretrizes recentes de cuidado centrado na família reforçam a necessidade de comunicação consistente e participação familiar nas decisões relevantes (HWANG *et al.*, 2025).

O impacto sobre os profissionais merece atenção. Exposição repetida à morte, sobrecarga de trabalho, conflitos internos e percepção de tratamentos desproporcionais podem contribuir para sofrimento moral e burnout. Estratégias institucionais de apoio, discussão ética, participação da equipe nas decisões e educação permanente ajudam a reduzir esse impacto. Integrar cuidados paliativos de forma consistente, portanto, exige mudanças organizacionais e não apenas habilidade individual.

Perspectivas futuras e evidências recentes

As perspectivas atuais apontam para uma integração cada vez mais precoce dos cuidados paliativos. Em vez de aguardar a definição de terminalidade ou a proximidade da morte, recomendações contemporâneas favorecem a introdução da abordagem paliativa em paralelo ao tratamento modificador da doença quando há doença grave, alta complexidade ou necessidades relevantes de controle de sintomas e comunicação. Ensaios clínicos em oncologia contribuíram para consolidar o conceito de *early palliative care* ao demonstrar melhora de qualidade de vida e outros desfechos centrados no paciente (TEMEL *et al.*, 2010; TEMEL *et al.*, 2024).

No ambiente intensivo, uma estratégia para reduzir encaminhamentos tardios é o uso de

ICU triggers, isto é, critérios clínicos que sinalizam automaticamente a necessidade de avaliação paliativa ou de reunião familiar estruturada. Entre os exemplos discutidos na literatura estão ventilação mecânica prolongada, disfunção multiorgânica persistente, reinternações frequentes e doenças com prognóstico reservado. A adoção de gatilhos não substitui o julgamento clínico, mas pode tornar a identificação mais sistemática e menos dependente da percepção individual do intensivista (ASLAKSON *et al.*, 2014; NELSON *et al.*, 2006).

Protocolos institucionais podem transformar esses critérios em fluxos assistenciais claros, favorecendo maior equidade e reduzindo variabilidade entre profissionais. Paralelamente, ferramentas de inteligência artificial vêm sendo estudadas para reconhecer padrões em registros eletrônicos e sinalizar pacientes com maior risco de mortalidade ou maior probabilidade de necessidade paliativa. Modelos de *deep learning* já demonstraram potencial para apoiar a identificação precoce, mas devem ser entendidos como instrumentos de suporte, sujeitos a validação, transparência e supervisão clínica (AVATI *et al.*, 2018).

O avanço tecnológico, contudo, só produz benefício quando acompanhado de formação. Educação em comunicação de más notícias, manejo de sintomas, bioética e tomada de decisão compartilhada precisa integrar a capacitação de médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistentes sociais e demais profissionais. O futuro dos cuidados paliativos na UTI depende, portanto, da convergência entre evidências, protocolos, tecnologia e uma cultura assistencial capaz de reconhecer

que prolongar a vida e aliviar o sofrimento não são objetivos excludentes.

CONCLUSÃO

A limitação do suporte de vida na UTI deve ser compreendida como processo de adequação terapêutica e não como interrupção do cuidado. Seu momento não pode ser definido por um único diagnóstico, escore ou número, mas pela integração entre evolução clínica, reversibilidade das disfunções, prognóstico, funcionalidade, fragilidade, proporcionalidade das intervenções e valores do paciente. Quando medidas invasivas deixam de oferecer benefício compatível com os objetivos de cuidado, não as iniciar ou suspendê-las pode ser eticamente adequado, desde que a decisão seja deliberada, comunicada, documentada e acompanhada de controle rigoroso de sintomas. Os cuidados paliativos devem ser integrados precocemente sempre que existirem necessidades físicas, psicológicas, sociais, espirituais ou decisórias relevantes, podendo coexistir com tratamento intensivo. A tomada de decisão compartilhada, o planejamento antecipado de cuidados, a comunicação estruturada e a atuação multiprofissional reduzem o risco de obstinação terapêutica e de conflitos. Para o futuro, protocolos institucionais, gatilhos de triagem e ferramentas preditivas podem facilitar o reconhecimento oportuno de necessidades paliativas, mas não substituem o julgamento clínico nem a escuta do paciente e da família. Novos estudos devem avaliar como essas estratégias impactam qualidade de vida, sofrimento, utilização de recursos e experiência de familiares e profissionais em diferentes contextos de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASLAKSON, R. A.; CURTIS, J. R.; NELSON, J. E. The Changing Role of Palliative Care in the ICU. *Critical Care Medicine*, v. 42, n. 11, p. 2418-2428, 2014. DOI: 10.1097/CCM.0000000000000573.
- AVATI, A.; JUNG, K.; HARMAN, S. *et al.* Improving Palliative Care with Deep Learning. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, v. 18, supl. 4, p. 122, 2018. DOI: 10.1186/s12911-018-0677-8.
- BECERRA-BOLAÑOS, Á.; RAMOS-AHUMADA, D. F.; HERRERA-RODRÍGUEZ, L. *et al.* Withdrawal/Withholding of Life-Sustaining Therapies: Limitation of Therapeutic Effort in the Intensive Care Unit. *Medicina*, v. 60, n. 9, p. 1461, 2024. DOI: 10.3390/medicina60091461.
- BERTSCH, D.; WASKOWSKI, J.; SCHILLING, M. *et al.* Methods of Assessing Frailty in the Critically Ill: A Systematic Review of the Current Literature. *Gerontology*, v. 68, n. 12, p. 1321-1349, 2022. DOI: 10.1159/000523674.
- CAMERON, J.; SAVULESCU, J. & WILKINSON, D. Is Withdrawing Treatment Really More Problematic Than Withholding Treatment? *Journal of Medical Ethics*, v. 47, n. 11, p. 722-726, 2021. DOI: 10.1136/medethics-2020-106330.
- CASTRO, M. P. R. de; ANTUNES, G. C.; MARCON, L. M. P. *et al.* Eutanásia e Suicídio Assistido em Países Ocidentais: Revisão Sistemática. *Revista Bioética*, v. 24, n. 2, p. 355-367, 2016. DOI: 10.1590/1983-80422016242136.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 108 p. 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em 12/08/2026.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Dispõe sobre a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/ortotanasia.pdf>. Acesso em 12/08/2026.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União, Brasília, 31 ago. 2012. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/testamento-vital-permitira-as-pessoas-definirem-limites-terapeuticos-na-manutencao-da-vida>. Acesso em 12/08/2026.
- DIAS, L. M.; BEZERRA, M. R.; BARRA, W. F. *et al.* Planejamento Antecipado de Cuidados: Guia Prático. *Revista Bioética*, v. 30, n. 3, p. 525-533, 2022. DOI: 10.1590/1983-80422022303546PT.
- DOHERTY, C.; FEDER, S.; GILLESPIE-HEYMAN, S. *et al.* Easing Suffering for ICU Patients and Their Families: Evidence and Opportunities for Primary and Specialty Palliative Care in the ICU. *Journal of Intensive Care Medicine*, v. 39, n. 8, p. 715-732, 2024. DOI: 10.1177/08850666231204305.
- FONTALIS, A.; PROUSALI, E. & KULKARNI, K. Euthanasia and Assisted Dying: What Is the Current Position and What Are the Key Arguments Informing the Debate? *Postgraduate Medical Journal*, v. 111, n. 11, p. 407-413, 2018. DOI: 10.1177/0141076818803452.
- GOLIGHER, E. C.; ELY, E. W.; SULMASY, D. P. *et al.* Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the Intensive Care Unit: A Dialogue on Core Ethical Issues. *Critical Care Medicine*, v. 45, n. 2, p. 149-155, 2017. DOI: 10.1097/CCM.0000000000001818.
- HWANG, D. Y.; OCZKOWSKI, S. J. W.; LEWIS, K. *et al.* Society of Critical Care Medicine Guidelines on Family-Centered Care for Adult ICUs: 2024. *Critical Care Medicine*, v. 53, n. 2, p. e465-e482, 2025. DOI: 10.1097/CCM.0000000000006549.
- KELLY, F. E.; FONG, K.; HIRSHBERG, A. *et al.* Intensive Care Medicine Is 60 Years Old: The History and Future of the Intensive Care Unit. *Clinical Medicine*, v. 14, n. 4, p. 376-379, 2014.
- KESECIOGLU, J.; RUSINOVA, K.; ALAMPI, D. *et al.* European Society of Intensive Care Medicine Guidelines on End of Life and Palliative Care in the Intensive Care Unit. *Intensive Care Medicine*, v. 50, n. 11, p. 1740-1766, 2024. DOI: 10.1007/s00134-024-07579-1.

KON, A. A.; DAVIDSON, J. E.; MORRISON, W. *et al.* Shared Decision-Making in Intensive Care Units: Executive Summary of the American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society Policy Statement. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 193, n. 12, p. 1334-1336, 2016. DOI: 10.1164/rccm.201602-0269ED.

LEWIS, K.; BALAS, M. C.; STOLLINGS, J. L. *et al.* A Focused Update to the Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Anxiety, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, v. 53, n. 3, p. e711-e727, 2025. DOI: 10.1097/CCM.0000000000006574.

LISSAK, I. A. & YOUNG, M. J. Limitation of Life Sustaining Therapy in Disorders of Consciousness: Ethics and Practice. *Brain*, v. 147, n. 7, p. 2274-2288, 2024. DOI: 10.1093/brain/awae060.

MORITZ, R. D.; LAGO, P. M.; SOUZA, R. P. *et al.* Terminalidade e Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 20, n. 4, p. 422-428, 2008. DOI: 10.1590/S0103-507X2008000400016.

MORITZ, R. D.; TOMOTAMI, D. Y. V.; BERBIGIER, E. J. *et al.* Orientações de Boas Práticas para os Cuidados de Fim de Vida em UTI. Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2024. Disponível em: <https://amib.org.br/orientacao-cuidados-paliativos/>. Acesso em 12/08/2026.

NELSON, J. E.; COX, C. E.; HOPE, A. A. *et al.* Consultation for Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Consensus Statement. *Critical Care Medicine*, v. 34, n. 10, p. 2547-2553, 2006. DOI: 10.1097/01.CCM.0000239228.61905.6D.

PESSINI, L. Vida e Morte na UTI: A Ética no Fio da Navalha. *Revista Bioética*, v. 24, n. 1, p. 54-63, 2016. DOI: 10.1590/1983-80422016241106.

PRADHAN, V.; SHEKHAR, H.; MUNDA, P. K. *et al.* Accuracy of Artificial Intelligence-Based Models Versus Conventional Scoring Systems (APACHE, SOFA, and SAPS) in Predicting Mortality Among ICU Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*, v. 18, n. 5, p. e109459, 2026. DOI: 10.7759/cureus.109459.

SALINS, N.; GURSAHANI, R.; MATHUR, R. *et al.* Definition of Terms Used in Limitation of Treatment and Providing Palliative Care at the End of Life: The Indian Council of Medical Research Commission Report. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, v. 22, n. 4, p. 249-262, 2018. DOI: 10.4103/ijccm.IJCCM_165_18.

SURGES, S. M.; BRUNSCH, H.; JASPERS, B. *et al.* Revised European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework on Palliative Sedation: An International Delphi Study. *Palliative Medicine*, v. 38, n. 2, p. 213-228, 2024. DOI: 10.1177/02692163231220225.

TEMEL, J. S.; GREER, J. A.; MUZIKANSKY, A. *et al.* Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*, v. 363, n. 8, p. 733-742, 2010. DOI: 10.1056/NEJMoa1000678.

TEMEL, J. S.; JACKSON, V. A.; EL-JAWHARI, A. *et al.* Stepped Palliative Care for Patients with Advanced Lung Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, v. 332, n. 6, p. 471-481, 2024. DOI: 10.1001/jama.2024.10398.