

TRAUMA, CIRURGIA E MEDICINA INTENSIVA

EDIÇÃO X

Capítulo 9

DESAFIOS PARA A REALIZAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS NA UTI

AMI KOBAYASHI¹
CARLA ROSANA GUILHERME SILVA²
CASSIO MOTA FREITAS DA SILVA¹
DANIELA ANNUZIATA MASARO¹
IGOR OLIVEIRA DE FARIA¹
LUIZA RAMIRO SANDES DA COSTA¹
MARIA FERREIRA TANNUS¹
PIETRA VALENTINA CAGLIARI BENÁ¹

¹Discente - Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC -.Campinas).

²Docente – Curso de Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC -.Campinas).

Palavras-chave: Cuidado Paliativo; UTI; Qualidade de Vida.

DOI

10.59290/5091229932

P EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

Na virada do século XX ao XXI houve uma transformação na área da saúde com a busca por sua humanização (MOREIRA, 2021). Este combate a um atendimento desumanizado exige da relação médico-paciente uma perspectiva além do tratamento da doença, mas sim, do enfermo e toda sua complexidade humanitária, requer uma relação com respeito, escuta atenciosa e colaboração mútua. Nesse contexto de respeito à vida do paciente, segundo a OMS, os cuidados paliativos (CP) têm ganhado relevância global com o propósito de fornecer qualidade de vida aos pacientes críticos, cujo prognóstico é desfavorável a tratamentos curativos, aliviando seu sofrimento e dos familiares com uma abordagem humanizada.

Os cuidados paliativos tornaram-se fundamentais no ambiente hospitalar, especialmente em unidades de terapia intensiva (UTI), onde muitos pacientes encontram-se em situações críticas de enorme sofrimento física, espiritual e psicossocial. A prática de equipes multidisciplinares paliativistas beneficia o paciente, sua família e a própria administração hospitalar ao evitar procedimentos desnecessários que levam a distanásia (MACHADO, 2007).

O crescimento da abordagem de temas como dignidade, fim da vida e qualidade da morte frente ao aprimoramento da tecnologia médica na área terapêutica, ao envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas vai de encontro com enorme dificuldade de sua aplicação nas UTIs. Apesar dos progressos, ainda existem lacunas e desafios na aplicação dos CP nesses ambientes, comprometendo a integralidade do cuidado ao paciente.

O objetivo deste estudo foi agregar os principais desafios descritos na literatura para a im-

plementação de CP, a fim de promover qualidade de vida ao paciente e seus familiares com a resolução dessas barreiras.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de julho a outubro, por meio de pesquisas nas bases de dados LILACS e Medline. Como descritores combinadas por meio do operador booleano “AND” foram utilizados “Cuidados paliativos” e “UTI”. Desta busca foram encontrados 1819 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2020 a 2025; filtros de assunto principal “Cuidados Paliativos” e Unidade de Terapia Intensiva”; estudos do tipo observacional, de prevalência, de fatores de risco, revisão da literatura, pesquisa qualitativa e guia de prática clínica, disponibilizados na íntegra (filtro de texto completo). Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Foi utilizado o *software Mendeley Reference Manager* para organização dos artigos e exclusão daqueles duplicados. Após os critérios de seleção restaram 266 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Dentre estes, a partir da leitura do título e resumo foram escolhidos 26 artigos para a revisão narrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura recente evidencia que essa integração é permeada por desafios que extrapolam a dimensão técnica, envolvendo também fatores emocionais, comunicacionais, culturais e

organizacionais. O estudo Triangular Perspectives (SHEN, 2025) esclarece que a experiência do cuidado paliativo na UTI precisa ser compreendida sob três pontos de vista simultâneos e interdependentes: profissionais de saúde, pacientes e familiares. Cada um desses grupos possui expectativas, valores e necessidades próprias, que influenciam diretamente a aceitação, o timing e a efetividade das intervenções paliativas. Por exemplo, enquanto pacientes frequentemente priorizam alívio de sintomas e preservação da dignidade, familiares tendem a oscilar entre a busca de conforto e a manutenção de esperança, ao passo que profissionais enfrentam dilemas de responsabilidade clínica e emocional ao decidir sobre limitação ou futilidade terapêutica.

Além disso, fatores estruturais evidenciam que a implementação de CP na UTI é modulada por cinco eixos centrais: gestão emocional, comunicação, modelos assistenciais, ambiente/recursos e educação (SHEN, 2025).

A gestão emocional enfrenta como desafio a sua negligência, o que afeta tanto famílias que vivenciam sofrimento antecipatório e luto, quanto profissionais expostos à fadiga de compaixão, sentimentos de fracasso terapêutico e insegurança ao discutir limitações de tratamento. Os pacientes internados nesse ambiente encontram-se em condições de risco de morte, necessitando de assistência para seus sintomas físicos e psicológicos, o que exige uma equipe multidisciplinar extremamente qualificada para operar nesse ambiente de alta pressão. Dessa forma, uma das barreiras iniciais é referente à expertise do profissional da saúde, que compete a necessidade de ter domínio sobre a terapêutica do paciente, trabalhar em equipe e comunicar-se eficientemente com o paciente e familiares com a gestão emocional adequada (CAROLLA, 2022).

Muitos profissionais de saúde ainda apresentam concepções equivocadas sobre os cuidados paliativos (CP) e carecem de experiência prática, o que compromete a qualidade de vida dos pacientes críticos. Essa insuficiência formativa é agravada pelo fato de que a educação em CP permanece incipiente na maior parte dos cursos de graduação e até mesmo em programas de residência, resultando em insegurança para conduzir casos complexos, manejar sintomas, abordar prognóstico e dialogar com pacientes e familiares. A literatura aponta que, além do domínio técnico, os profissionais necessitam de treinamento especializado que os prepare emocionalmente para lidar com estresse intenso, fadiga de compaixão, sentimentos de fracasso terapêutico e exposição contínua ao sofrimento e ao luto — elementos reconhecidos como barreiras importantes na implementação dos CP na UTI (BARG, 2023; CALLE, 2020). Somam-se a isso a ausência de protocolos estruturados e de fluxos institucionais claros, que padronizem critérios de elegibilidade e orientem decisões sobre limitação de suporte de vida. Essa lacuna organizacional contribui para decisões inconsistentes, atrasos na ativação dos CP e significativa variabilidade na prática clínica. Ademais, a escassez de equipes especializadas e a falta de apoio institucional comprometem a identificação precoce dos pacientes que se beneficiaram dessa abordagem, dificultando o alinhamento entre profissionais, pacientes e familiares e, consequentemente, a oferta de um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa.

Quanto ao obstáculo da escassez de profissionais qualificados em cuidados paliativos, a literatura é unânime ao afirmar que a educação continuada é um elemento transformador: profissionais treinados reconhecem precocemente pacientes aptos à abordagem paliativa, sentem-se mais seguros em discussões difíceis e evitam

intervenções desproporcionais. Contudo, muitos relatam jamais terem recebido formação estruturada durante sua graduação, residência ou integração ao serviço. A falta de equipes especializadas no cuidado paliativo está evidenciada no seu baixo número no Brasil, visto que apesar do seu aumento de 191 para 240 entre 2019 e 2022, esse crescimento ainda é insuficiente frente às recomendações internacionais. A Associação Europeia de Cuidados Paliativos sugere dois serviços especializados para cada 100 mil habitantes, enquanto a rede pública brasileira oferece um único serviço para cada 1,6 milhão de habitantes, revelando uma lacuna assistencial significativa.

O cenário político de investimento de recursos humanos e estruturais também desempenha papel importante. Faltam políticas nacionais uniformes e há desigualdades no acesso a tecnologia, resultando em equipes reduzidas, ausência de espaços adequados para privacidade e indisponibilidade de políticas institucionais consolidadas dificultam a consolidação dos CP. Essa desorganização também é demonstrada pela ausência de protocolos assistenciais. No Brasil, ainda que diretrizes normativas, como a Política Nacional de Cuidados Paliativos, representem avanços, não há padronização suficiente para definir fluxos de encaminhamento, critérios de elegibilidade, estratégias comunicacionais e diretrizes para limitação de suporte avançado de vida. A inexistência desses instrumentos formais leva à adoção de práticas baseadas na subjetividade e experiência individual de cada profissional, ampliando disparidades e fragilizando a segurança assistencial. A falta de planejamento organizacional também prejudica o engajamento das equipes e dificulta a articulação entre setores, como enfermagem, emergência, UTI e ambulatório.

A equipe envolvida no CP precisa ser multiprofissional, composta por composta por mé-

dico, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, representantes religiosos e voluntários (ALVES, 2022). A colaboração eficaz entre os membros da equipe oferecendo orientação prática e suporte teórico garante resultados melhores no bem-estar do paciente, solucionando dúvidas e divergências entre eles (MAINGUÉ, 2020). Para isso, a tomada de decisão nunca deve ser feita apenas por médicos, mas sim, precisa incluir toda a equipe multidisciplinar, o próprio paciente e sua família. Todavia, as decisões sobre o tratamento ainda são predominantemente médicas, com pouca participação de outros profissionais da saúde. Essa negligência na interdisciplinaridade compromete a integralidade do cuidado ao paciente.

O eixo central que dá coesão ao trabalho da equipe multidisciplinar e garante qualidade de vida ao paciente e à família é a comunicação. A dinâmica da UTI, marcada por alta rotatividade de plantões, multiplicidade de profissionais e decisões rápidas, favorece falhas na transmissão de informações, prontuários incompletos e ausência de discussões formais sobre continuidade ou alteração de tratamentos. Esse cenário de comunicação insuficiente compromete a consistência das condutas e favorece intervenções desproporcionais. Além disso, persistem resistências culturais: muitos profissionais evitam conversas difíceis por receio de intensificar o sofrimento dos familiares ou de serem percebidos como “desistindo” do paciente (SHEN, 2025). Assim, evidencia-se que a comunicação em CP exige não apenas competência técnica, mas também preparo emocional, habilidade relacional e sensibilidade cultural para abordar temas como prognóstico, recusa terapêutica e diretivas antecipadas.

O diálogo entre paciente e a equipe é fundamental para estabelecer uma relação de confi-

ança, que proporciona maior conforto aos pacientes durante seus últimos momentos de vida ao permitir que eles tenham conhecimento de sua situação, confiem nas intervenções médicas e opinem na tomada de decisões e sofram menos no processo até a quinta fase do luto, a aceitação de acordo com Modelo de Kübler-Ross. Do ponto de vista dos familiares, a falta de comunicação clara frequentemente gera sentimento de frustração, raiva e até perda de confiança nos cuidados prestados. Muitos relatam sentir-se mal informados ou confusos sobre a condição do paciente, o que reforça a necessidade de uma comunicação aberta e contínua. Por outro lado, quando a equipe multiprofissional se dispõe a dialogar de forma transparente, há maior construção de confiança, redução de conflitos e até valorização da importância dos CP, que passam a ser vistos como fonte de conforto para o paciente.

Ademais, as famílias frequentemente têm dificuldade em enfrentar a morte iminente do parente e insistiam em tratamentos curativos, sendo relutantes em fazer a transição para CP. Elas desempenham um papel fundamental para o amparo emocional ao paciente emocionalmente esgotado e com medo à medida que vê a progressão da sua doença, logo o cuidado dos profissionais da saúde não pode ser exclusivo com o paciente, é necessário comunicar-se com os familiares, criar uma boa relação com eles e trazê-los junto ao tratamento do paciente.

Por fim, a visão restrita dos CP como sinônimo de cuidados de fim de vida limita sua aplicação precoce e integral. Essa concepção reducionista impede que os CP sejam reconhecidos como uma estratégia ativa de cuidado, voltada para o alívio do sofrimento em todas as fases da doença, e não apenas nos momentos finais.

CONCLUSÃO

Este estudo evidencia que a integração dos cuidados paliativos na UTI enfrenta barreiras estruturais e culturais que comprometem a qualidade do cuidado aos pacientes críticos. Observou-se que a ausência de protocolos claros, a centralização das decisões médicas, a escassez de equipes multiprofissionais qualificadas e a visão restrita dos CP como cuidados de fim de vida dificultam sua aplicação precoce e integral. Tais fatores contribuem para decisões tardias, comunicação ineficaz e sofrimento evitável, o que vai de encontro com a proposta da intervenção. Diante disso, é fundamental que políticas de saúde incentivem a formação especializada em CP, a criação de diretrizes institucionais e a valorização da atuação multiprofissional. A inclusão de estratégias de comunicação eficazes e suporte emocional às equipes pode ser um aliado importante nesse contexto. Novos estudos são necessários para avaliar o impacto dessas intervenções na qualidade de vida dos pacientes e na humanização do cuidado em ambientes críticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, R. S. F.; OLIVEIRA, F. F. B. Cuidados Paliativos para Profissionais de Saúde: Avanços e Dificuldades. *Psicologia: Ciência e Profissão*, [s. l.], v. 42, p. e238471, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003238471>.

BARG, D. G.; ANTONIO, A. C. P. Percepção de cuidados desproporcionais entre médicos seniores, médicos residentes, enfermeiros e técnicos de enfermagem em um centro de terapia intensiva. *Clinical & Biomedical Research*, [s. l.], v. 42, n. 3, p. 226–233, 2023. DOI: <https://doi.org/10.22491/2357-9730.116736>.

CALLE, M. C. *et al.* Interactions Between Intensive Care and Palliative Care Are Influenced by Training, Professionals' Perceptions and Institutional Barriers. *Journal of Palliative Care*, [s. l.], v. 37, n. 4, p. 545–551, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/0825859720951361>.

CAROLLA, D. C. Cuidados de Enfermagem na Insuficiência Cardíaca Avançada no Contexto de Cuidados Paliativos em Unidade de Terapia (UTI). *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, [s. l.], v. 32, p. 197–197, 2022.

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Centro Universitário São Camilo*, v. 1, n. 1, p. 34–42, 2007.

MAINGUÉ, P. C. P. M. *et al.* Discussão Bioética sobre o Paciente em Cuidados de Fim de Vida. *Revista Bioética*, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 135–146, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281376>.

MOREIRA, M. C. N. Cuidado, descuido e afecção: uma perspectiva para a humanização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 26, n. 8, p. 2934–2934, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.12592021>.

SHEN, Y. *et al.* Barriers and facilitators to explore palliative care implementation in the ICU from tripartite perspectives: a qualitative systematic review and meta-aggregation. *BMJ open*, England, v. 15, n. 8, p. e103616, 2025a. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-103616>.

SHEN, Y. *et al.* Triangular perspectives of healthcare providers, patients and their families on ICU palliative care: a protocol for a systematic review of qualitative studies. *BMJ open*, England, v. 15, n. 7, p. e094013, 2025b. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-094013>.