

Artigo científico

Cuidados paliativos em terapia intensiva: revisão sobre limites terapêuticos, proporcionalidade das intervenções e decisões clínicas compartilhadas

Palliative care in intensive care: a review of therapeutic limits, proportionality of interventions, and shared clinical decisions

Cuidados paliativos en cuidados intensivos: una revisión de los límites terapéuticos, la proporcionalidad de las intervenciones y las decisiones clínicas compartidas

Amanda Cavalcante de Albuquerque¹

¹Residência em Clínica Médica e Medicina Intensiva pelo Hospital de Base Ary Pinheiro, Porto Velho, Rondônia. ORCID: 0000-0001-5891-8074. E-mail: amandacavalcantealbuquerque@outlook.com.

RESUMO: O presente artigo analisa a inserção dos cuidados paliativos no ambiente da terapia intensiva, onde decisões diárias ocorrem sob incerteza e exigem atenção à dignidade, ao conforto e aos valores do paciente. Parte-se do problema de compreender como a literatura recente conceitua limites terapêuticos, proporcionalidade das intervenções e decisão clínica compartilhada quando a continuidade tecnológica deixa de trazer benefício real. Bem como, teve-se por objetivo revisar a produção dos últimos cinco anos, organizando definições e relações entre esses eixos para oferecer base teórica ao cuidado na UTI. Para tanto, adotou-se revisão integrativa em bases nacionais e internacionais (2020–2025), com seleção em etapas, critérios claros de elegibilidade, extração padronizada e síntese narrativa. A amostra final reuniu doze artigos que, apesar das diferenças metodológicas e regionais, convergem ao mostrar que limitar tratamentos é uma etapa planejada do cuidado, sustentada por comunicação, registro adequado e participação familiar. A proporcionalidade é um critério orientador, evitando tanto a obstinação quanto o abandono. Nos estudos internacionais, observam-se nuances entre não iniciar e retirar medidas, sempre com exigência de justificativo transparente. No contexto brasileiro, a extubação paliativa aparece como prática possível quando há preparo da equipe e conforto adequado ao paciente. De forma geral, os trabalhos apontam que decisões compartilhadas e documentação simples fortalecem um cuidado centrado na pessoa e alinhado à autonomia clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde pública; UTI; Fim de vida; Tomada de decisão; Sedação paliativa.

ABSTRACT: The present article examines the inclusion of palliative care within the intensive care setting, where daily decisions occur amid uncertainty and call for attention to dignity, comfort, and the patient's values. It begins from the problem of understanding how recent literature conceptualizes therapeutic limits, proportionality of interventions, and shared clinical decision-making when continued technological support no longer offers real benefit. The objective was to review the scientific production of the past five years, organizing the definitions and the relationship among these axes to provide a theoretical basis for care in the ICU. An integrative review was conducted in national and international databases (2020–2025), with staged selection, clear eligibility criteria, standardized extraction, and narrative synthesis. The final sample comprised twelve articles which, despite methodological and regional differences, converge in showing that limiting treatment is a planned stage of care, supported by structured communication, adequate documentation, and family participation. Proportionality appears as a guiding criterion, preventing both obstinacy and abandonment. International studies reveal nuances between withholding and withdrawing measures, always requiring transparent justification. In the Brazilian context, palliative extubation emerges as a feasible practice when the team is prepared and patient comfort is assured. Overall, the findings indicate that shared decisions and simple documentation strengthen person-centered care aligned with clinical autonomy.

KEYWORDS: Public health; Intensive care unit; End of life; Decision-making; Palliative sedation.

RESUMEN: El presente artículo examina la inclusión de los cuidados paliativos en el ámbito de los cuidados intensivos, donde las decisiones cotidianas ocurren en medio de la incertidumbre y requieren atención a la dignidad, la comodidad y los valores del paciente. Comienza con el problema de comprender cómo la literatura reciente conceptualiza los límites terapéuticos, la proporcionalidad de las intervenciones y la toma de decisiones clínicas compartidas cuando el apoyo tecnológico continuo ya no ofrece un beneficio real. El objetivo fue revisar la producción científica de los últimos cinco años, organizando las definiciones y la relación entre estos ejes para proporcionar una base teórica para la atención en la UCI. Se realizó una revisión integradora en bases de datos nacionales e internacionales (2020–2025), con selección por etapas, criterios claros de elegibilidad, extracción estandarizada y síntesis narrativa. La muestra final estuvo compuesta por doce artículos que, a pesar de las diferencias metodológicas y regionales, convergen en mostrar que la limitación del tratamiento es una etapa planificada de la atención, apoyada en la comunicación estructurada, la documentación adecuada y la participación de la familia. La proporcionalidad aparece como un criterio rector, evitando tanto la obstinación como el abandono. Los estudios internacionales revelan matices entre las medidas de retención y retirada, lo que siempre requiere una justificación transparente. En el contexto brasileño, la extubación paliativa emerge como una práctica factible cuando el



equipo está preparado y la comodidad del paciente está asegurada. En general, los hallazgos indican que las decisiones compartidas y la documentación simple fortalecen la atención centrada en la persona alineada con la autonomía clínica.

PALABRAS CLAVE: Salud pública; Unidad de cuidados intensivos; Fin de la vida útil; Toma de decisiones; Sedación paliativa.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A incorporação dos cuidados paliativos ao cuidado intensivo tem se tornado tema cada vez mais presente na literatura contemporânea, principalmente diante do reconhecimento de que a gravidade clínica não elimina a necessidade de abordagem orientada à dignidade, ao conforto e ao respeito aos valores do paciente. No ambiente da UTI, onde decisões são tomadas de forma contínua e frequentemente em cenário de incerteza, esse campo assume contornos próprios, exigindo discussão ética sobre o alcance das intervenções e sobre o sentido terapêutico da continuidade tecnológica. Com isso, o debate desloca-se do binômio “tratar ou não tratar” para a busca de um cuidado ajustado às possibilidades reais de benefício e ao projeto de vida do paciente.

Nesse contexto, surgem discussões sobre a definição dos limites terapêuticos e sobre a proporcionalidade das condutas adotadas, principalmente quando o prolongamento de suporte artificial não se traduz em recuperação funcional ou conforto. Ao mesmo tempo, a literatura recente reforça que o reconhecimento da finitude não se confunde com abandono, mas sim com a prudência clínica necessária para evitar condutas fúteis e evitar obstinação terapêutica. Essa questão também envolve a forma como as decisões são construídas, evidenciando a importância da participação da família, da escuta qualificada e do compartilhamento das condutas de forma transparente.

A questão principal que orienta o presente estudo é compreender de que modo os cuidados paliativos vêm sendo abordados no cenário intensivo e como os conceitos de limite, proporcionalidade e decisão compartilhada têm sido articulados de forma teórica e conceitual nas publicações recentes. Parte-se da compreensão de que a tecnologia, embora essencial, não pode ser o único critério para a tomada de decisão, sendo necessário avaliar quando a intervenção deixa de gerar benefício proporcional.

Diante desse problema, o objetivo é revisar a produção científica dos últimos cinco anos sobre cuidados paliativos em terapia intensiva, com foco na compreensão conceitual dos limites terapêuticos, da proporcionalidade das intervenções e do processo de tomada de decisão compartilhada. Nesse cenário, pretende-se oferecer base teórica que favoreça a leitura crítica dessas práticas, sem recorrer a exemplos clínicos ou dados de efetividade, porém, esclarecendo os fundamentos que sustentam sua adoção no campo intensivo.

Outrossim, a justificativa reside no fato de que a discussão ainda encontra desafios na prática assistencial, seja pela dificuldade de reconhecer quando a conduta deixa de trazer benefício real, seja pela ausência de comunicação estruturada com pacientes e familiares. Ao reunir e organizar os conceitos que orientam esse debate, o estudo contribui para qualificar o entendimento do tema e apoiar a discussão sobre escolhas terapêuticas no fim de vida, em consonância

com valores de cuidado humanizado e alinhado ao melhor interesse do paciente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Os cuidados paliativos formam um enfoque assistencial orientado à qualidade de vida de pessoas com doenças ameaçadoras da vida, com ênfase no alívio do sofrimento e na preservação de valores e preferências do paciente. A literatura recente destaca que se trata de um modo de cuidado que integra dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais, articulando comunicação e tomada de decisão informada ao longo do curso da condição de saúde (Radbruch *et al.*, 2020). Como linguagem e conceito, o campo tem buscado maior precisão terminológica para favorecer práticas alinhadas a princípios éticos e à autodeterminação, o que envolve glossários e definições consensuais que tornem o termo paliativo compreensível e operativo em diferentes contextos assistenciais (Xiao *et al.*, 2021).

No ambiente da terapia intensiva, os cuidados paliativos não se opõem ao tratamento intensivo, posto que o complementam em uma abordagem centrada na pessoa e na família. Em termos conceituais, trata-se de reconhecer que o cuidado intensivo envolve suporte tecnológico e metas de cuidado proporcionais e compatíveis com os valores do paciente quando a gravidade clínica é elevada ou o prognóstico é incerto (Neukirchen; Metaxa; Schaefer, 2023). Nessa moldura, recomenda-se entender paliativo como dimensão transversal à prática da UTI, oferecendo estrutura para conversas sobre objetivos terapêuticos, planejamento antecipado e manejo de sofrimento, sempre como parte do cuidado de qualidade e não como sua negação (Michels *et al.*, 2023).

A noção de limites terapêuticos decorre de critérios éticos que evitam a futilidade e a obstinação, distinguindo claramente a limitação proporcional de tratamentos da ideia de abandono. Conceitualmente, futilidade refere-se a intervenções cujo benefício esperado é irrelevante ou improvável em relação ao ônus imposto, não sendo coerente com metas previamente pactuadas ou com um bem possível para aquela pessoa (Damps *et al.*, 2022).

Diferente disso, abandono implicaria ruptura do cuidado. Na perspectiva teórica contemporânea, limitar ou não iniciar tratamentos sem razoabilidade prognóstica é decisão clínica responsável quando sustentada por avaliação de benefícios e coerência com valores do paciente, evitando confundir cessação de medidas desproporcionais com interrupção do cuidado em sentido amplo (Lo *et al.*, 2022).

A proporcionalidade das intervenções funciona, nesse cenário, como critério normativo que pondera benefício versus ônus, orientando escolhas que façam sentido diante de fins legítimos do cuidado. Em termos éticos, a proporcionalidade busca harmonizar meios e fins, rejeitando o maximalismo intervencionista sem horizonte de

bem e a negação de medidas que possam de fato promover alívio e dignidade (Valera; Carrasco; Castro, 2021). Com isso, a análise valorativa sobre utilidade clínica, esforço imposto e resultados plausíveis oferece um caminho para decisões prudentes, em que a técnica é modulada por valores e por uma compreensão razoável do bem possível naquele contexto (Fins; Miller, 2020).

Decisão clínica compartilhada, por sua vez, designa um processo deliberativo no qual profissional e paciente e, quando apropriado, a família ou representante, constroem escolhas em diálogo informado e respeitoso. O conceito combina comunicação, apresentação de opções e compreensão dos valores, expectativas e preferências, permitindo escolhas alinhadas à autonomia e à melhor informação disponível (Rosca *et al.*, 2023). Do ponto de vista formativo, a literatura a trata como competência comunicacional que demanda preparação das equipes e uso de linguagem acessível, favorecendo consentimentos realmente esclarecidos e alinhamento entre metas de cuidado e decisões tomadas (Kienlin *et al.*, 2020).

Bem como, os fundamentos bioéticos e os marcos jurídicos gerais apresentam o arcabouço normativo que sustenta esses conceitos na prática. Em linhas conceituais, princípios como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça moldam critérios de definição de metas, limitação proporcional de tratamentos e organização de processos de consentimento, sempre em atenção à dignidade da pessoa e à transparência comunicativa (Kesecioglu *et al.*, 2024).

No plano das noções jurídicas gerais, destacam-se a centralidade do consentimento livre e esclarecido, a representação legítima quando há incapacidade decisória e o registro documental das decisões, instrumentos que estruturam a proteção de direitos e a legitimidade do processo deliberativo na UTI (Kruser *et al.*, 2024).

3 METODOLOGIA

A presente seção descreve o percurso metodológico de uma revisão integrativa desenvolvida com recorte temporal dos últimos cinco anos, voltada ao tema. O escopo é delimitado por três núcleos conceituais, tais como limites terapêuticos, proporcionalidade das intervenções e decisão clínica compartilhada no ambiente de UTI. Para manter a coesão do *corpus*, priorizam-se estudos que tratem dos cuidados paliativos como linguagem e estrutura de cuidado em terapia intensiva, evitando textos centrados em recomendações operacionais, protocolos, indicadores ou relatos de caso. O recorte temporal compreende publicações de janeiro de 2020 a outubro de 2025, de modo a captar a produção recente. São aceitos manuscritos em português, inglês e espanhol, publicados em periódicos científicos de saúde, bioética e cuidados paliativos.

A busca bibliográfica é realizada em bases indexadas nacionais e internacionais, tais como a MEDLINE/PubMed, Embase, CINAHL, Scopus, Web of Science, SciELO e LILACS. Para padronizar a estratégia, combinam-se descritores controlados (MeSH/DeCS) e termos livres, ajustados a cada base. Em português, utilizam-se, entre outros, “cuidados paliativos”, “unidade de terapia intensiva”, “limites terapêuticos”, “proporcionalidade”,

“decisão compartilhada”, “autonomia”, “consentimento”. Em inglês, incluem-se “palliative care”, “intensive care unit”, “treatment limitation”, “therapeutic proportionality”, “shared decision making”, “autonomy”, “informed consent”.

Em espanhol, “cuidados paliativos”, “unidad de cuidados intensivos”, “limitación del tratamiento”, “proporcionalidad terapéutica”, “decisión compartida”. A combinação de termos segue operadores booleanos e truncamentos usuais, por exemplo: (“palliative care” OR “palliative approach”) AND (“intensive care” OR ICU) AND (“treatment limitation” OR futility OR “withholding” OR “withdrawing” OR “therapeutic proportionality”) AND (“shared decision*” OR autonomy OR “informed consent”). Filtros de período (2020–2025), tipo de documento (artigos) e idioma (PT/EN/ES) são aplicados quando disponíveis, sempre preservando a equivalência entre bases.

Os critérios de inclusão contemplam artigos originais quantitativos, qualitativos ou de métodos mistos, bem como revisões narrativas ou de escopo que apresentem construções conceituais explícitas, desde que publicadas em periódicos e dentro do período estabelecido. São elegíveis estudos que abordem adultos em UTI geral, cirúrgica ou mista, com foco conceitual em cuidados paliativos, deliberação sobre limites de tratamento, ponderação de proporcionalidade e processos de decisão compartilhada, incluindo fundamentos bioéticos e referências jurídicas em nível introdutório.

Os critérios de exclusão afastam editoriais, cartas, comentários, protocolos clínicos, diretrizes operacionais, estudos pediátricos ou neonatais, relatos de caso e documentos institucionais não submetidos a avaliação por pares. Excluem-se ainda textos que tratem estritamente de prevalências, desfechos numéricos ou indicadores de desempenho sem discussão conceitual alinhada ao escopo.

O processo de identificação e seleção segue etapas encadeadas. Inicialmente, todos os registros recuperados são exportados para um gerenciador de referências para deduplicação automática, com conferência manual para eliminar duplicatas remanescentes. Em seguida, procede-se à triagem de títulos e resumos com formulário padronizado, verificando aderência ao tema, ao cenário de UTI e ao enfoque conceitual.

Os registros potencialmente elegíveis são encaminhados para leitura em texto completo, ocasião em que os critérios de inclusão e exclusão são aplicados integralmente. Motivos de exclusão em texto completo são registrados para rastreabilidade. Divergências de elegibilidade são resolvidas por consenso entre revisores, mantendo coerência na aplicação dos critérios. O fluxo de seleção é sintetizado em diagrama conforme recomendações correntes de transparência, sem apresentação de números nesta seção.

A extração de informações ocorre com instrumento previamente testado, estruturado em campos descritivos. Entre os campos, constam identificação bibliográfica, país e ano de publicação, área do periódico, delineamento metodológico, cenário de UTI, conceitos-chave utilizados para cuidados paliativos, definições de limites terapêuticos, critérios usados para proporcionalidade e elementos do

processo de decisão compartilhada, além de menções a princípios bioéticos e referências jurídicas gerais. O instrumento prevê espaço para notas textuais, a fim de registrar como cada estudo define e articula os conceitos, garantindo uniformidade na coleta e facilitando a posterior organização temática.

A apreciação metodológica da qualidade dos estudos é conduzida com *checklists* reconhecidos e compatíveis com diferentes delineamentos, adotando instrumentos do *Joanna Briggs Institute* para estudos qualitativos, transversais e coortes, bem como o *Mixed Methods Appraisal Tool* para métodos mistos, quando aplicável.

A avaliação é registrada em planilha padronizada, sem atribuição de notas numéricas neste relato, servindo para contextualizar a confiança nas construções conceituais apresentadas pelos artigos. Estudos com fragilidades metodológicas podem ser mantidos se contribuírem de forma clara para a definição dos conceitos do escopo, desde que tais fragilidades sejam assinaladas na síntese descritiva.

A síntese do material ocorre por integração narrativa. Os textos elegíveis são organizados em eixos que espelham o escopo, como conceito de cuidados paliativos na UTI, limites terapêuticos, proporcionalidade das intervenções, decisão clínica compartilhada, fundamentos bioéticos e marcos jurídicos gerais. A integração busca preservar a linguagem dos autores quanto às definições, destacando convergências e variações terminológicas, sem produzir recomendações práticas nem discutir efetividade de intervenções. Para dar fluidez, as categorias são apresentadas em ordem lógica, iniciando pelo conceito geral e avançando para desdobramentos no ambiente intensivo, sempre com transições discretas entre os eixos.

A etapa de seleção dos estudos ocorreu de forma sequencial, respeitando o recorte temporal, linguístico e metodológico previamente estabelecido. Inicialmente, foram identificados 186 estudos nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Web of Science, a partir da combinação dos descritores relacionados a cuidados paliativos, terapia intensiva, tomada de decisão e limitação terapêutica.

Após a leitura dos títulos e a eliminação de registros duplicados entre as bases, 54 artigos permaneceram para triagem do resumo. Nessa etapa, foram excluídos estudos que não tratavam do contexto da UTI ou que utilizavam abordagem restrita à dimensão espiritual ou psicossocial sem interface com decisões assistenciais, reduzindo o número para 28 artigos potencialmente elegíveis.

A leitura na íntegra foi aplicada nessa terceira etapa, resultando na exclusão de 16 trabalhos por motivos como tratar-se de revisões sistemáticas, narrativas ou *scoping review*, cartas ao editor, comentários, *guidelines* sem dados primários, ou estudos relacionados exclusivamente ao manejo clínico da Covid-19 sem discussão de limites terapêuticos ou decisão compartilhada. Ao final do processo, 12 artigos foram considerados aptos para compor a amostra final, preenchendo todos os critérios metodológicos, conceituais e contextuais da revisão.

Esse percurso permitiu identificar a prevalência de pesquisas observacionais relacionadas ao fim de vida na UTI e a relevância crescente dos estudos qualitativos voltados à comunicação e ao processo decisório. O resumo final das características de cada estudo incluído está apresentado no Quadro 1, que organiza os artigos selecionados de acordo com autor, ano, objetivo, metodologia, principais resultados e base de indexação, servindo de base estruturante para a etapa seguinte de análise e discussão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1 – Artigos incluídos na revisão integrativa

Autor (ano)	Objetivo do estudo	Metodologia	Principais resultados	Base de dados
Antonio et al. (2023)	Descrever a experiência clínica da extubação paliativa em UTI comunitária brasileira, avaliando sua condução e repercussões no processo de morrer.	Estudo observacional retrospectivo com análise de prontuários de pacientes submetidos à retirada paliativa de ventilação mecânica após protocolo institucional; avaliação do tempo até o óbito e conforto clínico.	A extubação conduzida com planejamento e sedoanalgesia adequada mostrou-se viável e segura, garantindo conforto e evitando obstinação terapêutica em casos sem possibilidade de reversão, sustentando a proporcionalidade.	SciELO
Lacerda et al. (2020)	Avaliar a retirada de ventilação mecânica como estratégia paliativa em pacientes com limitação de suporte de vida em UTI brasileira.	Coorte retrospectiva comparando pacientes que receberam retirada de suporte ventilatório com aqueles mantidos apenas sob limitação; análise documental e de desfechos clínicos.	A retirada de VM ocorreu em minoria dos casos, mas sem agravamento de desfechos, demonstrando que a prática pode ser eticamente adequada e proporcional quando o foco é o conforto e não a reversibilidade clínica.	SciELO
Barros et al. (2023)	Investigar percepções de médicos intensivistas brasileiros sobre limitação de	Estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas, analisadas por técnica	Apontou insegurança jurídica, lacunas formativas e dificuldade de padronização das condutas; reforçou a	SciELO



	suporte de vida e tomada de decisão.	temática.	importância do preparo institucional e de comunicação estruturada nas decisões compartilhadas.	
Dal Pizzol et al. (2024)	Analisar a compreensão e atuação de profissionais de enfermagem frente às diretivas antecipadas de vontade em UTI pediátrica.	Estudo qualitativo com entrevistas individuais e análise temática.	Identificou adesão conceitual às DAV, porém dificuldades operacionais, baixa institucionalização e necessidade de educação permanente para assegurar autonomia e participação familiar.	SciELO
Abath et al. (2025)	Relatar série de casos de extubação paliativa pediátrica no Brasil, com foco na condução clínica e na presença familiar.	Série de casos com relato estruturado de processo assistencial, sedoanalgesia, planejamento e acompanhamento familiar.	Evidenciou que, quando conduzida com preparo, a extubação pediátrica é factível, humanizada e alinhada ao conforto, com impacto positivo na vivência familiar e respeito à proporcionalidade.	PubMed
Cetolin et al. (2024)	Avaliar conhecimento de profissionais de UTI sobre diretivas antecipadas de vontade e sua aplicação prática no cotidiano clínico.	Estudo quantitativo descritivo com questionário estruturado aplicado a equipes de UTI e análise de frequências.	Mostrou baixo domínio jurídico-formal das DAV e dificuldades de implementação, indicando carência de institucionalização, formação continuada e fluxos claros para decisões compartilhadas.	SciELO
Avidan et al. (2021)	Comparar práticas de fim de vida em UTIs de diferentes países, observando como e quando ocorre a limitação terapêutica.	Estudo prospectivo multinacional (Ethicus-2) com coleta padronizada em dezenas de UTIs; análise documental das decisões de withholding e withdrawing.	Identificou grande variação regional; predominantemente withholding sobre withdrawing, influenciado por fatores culturais, normativos e estruturais; sugere que proporcionalidade é modulada pelo contexto.	PubMed/MEDLINE
Feldman et al. (2022)	Avaliar estratégias de comunicação e registro de decisões de final de vida no contexto do Ethicus-2.	Análise multicêntrica da dimensão comunicacional do consórcio; revisão sistemática de prontuários e estrutura de reuniões clínicas.	Locais com comunicação padronizada e documentação clara apresentaram maior alinhamento entre valores familiares e plano terapêutico, reforçando impacto da comunicação na proporcionalidade.	PubMed/MEDLINE
Wubben et al. (2021)	Explorar percepções de médicos, enfermeiros e pacientes sobre decisão clínica compartilhada em UTI.	Estudo qualitativo com entrevistas e análise temática em hospitais universitários.	A decisão compartilhada depende de informação acessível, tempo protegido e atuação ativa da enfermagem; reduz conflitos e favorece decisões alinhadas aos valores do paciente.	PubMed/MEDLINE
Vick et al. (2024)	Verificar se a adoção de comunicação estruturada reduz incompreensão prognóstica entre familiares e equipe médica.	Coorte retrospectiva com análise de reuniões familiares gravadas, codificação de indicadores de decisão compartilhada.	Houve redução de incompreensão sobretudo entre familiares com maior desconhecimento inicial, indicando que comunicação não só informa, mas altera compreensão prognóstica.	PubMed/MEDLINE
Joynt et al.	Descrever prevalência	Estudo observacional com	Observou prevalência	PubMed/MEDLINE



(2024)	e forma de limitação terapêutica em UTIs de Hong Kong.	bases administrativas e análise de decisões documentadas.	elevada de withholding, reforçando abordagem centrada na não-prolongação do processo de morte artificial; destaca o papel do registro formal para segurança ética.	
Beil <i>et al.</i> (2023)	Identificar determinantes da decisão de limitar suporte em pacientes muito idosos por meio de cenários clínicos.	Estudo prospectivo baseado em vinhetas clínicas e respostas de intensivistas europeus.	A fragilidade e o prognóstico pesaram mais que a idade cronológica; enfatiza que proporcionalidade é melhor definida pelo estado funcional do que pelo critério etário isolado.	Web of Science

Fonte: elaborado pelo autor (2025).

A amostra final foi composta por 12 artigos originais. Em relação às bases de dados, observou-se predominância de estudos indexados no PubMed/MEDLINE, que correspondeu a 6 dos 12 trabalhos incluídos (50,0%), evidenciando forte presença internacional do tema em periódicos de circulação ampla. Em seguida, estiveram os artigos provenientes da SciELO, com 5 publicações (41,7%), mostrando produção nacional no campo dos cuidados paliativos aplicados ao contexto intensivo. Apenas 1 estudo (8,3%) teve origem no Web of Science, compondo o recorte internacional complementar.

Quanto aos delineamentos metodológicos, houve predomínio dos estudos observacionais quantitativos, retrospectivos ou prospectivos, totalizando 6 artigos (50,0%), o que espelha a natureza pragmática das decisões clínicas no fim de vida e permite a análise direta de condutas assistenciais e seus padrões institucionais. Os estudos qualitativos representaram 3 publicações (25,0%), com foco em percepções, barreiras éticas e comunicacionais, especialmente no processo de decisão compartilhada.

A série de casos apareceu em apenas 1 estudo (8,3%), direcionado ao relato estruturado de extubação paliativa pediátrica, enquanto também foram registrados um estudo de inquérito descritivo (8,3%) e um estudo prospectivo baseado em vinhetas clínicas (8,3%), totalizando metodologicamente um conjunto heterogêneo, coerente com a complexidade do tema.

No recorte temporal, verificou-se concentração expressiva das publicações mais recentes, em que apenas 1 artigo foi publicado em 2020 (8,3%) e 2 em 2021 (16,7%), enquanto o crescimento do interesse científico se acentuou em 2023, com 3 estudos (25,0%). Os anos de 2024 e 2025 representaram o ápice deste incremento, somando 4 estudos (33,3%) em 2024 e 1 em 2025 (8,3%). Tal progressão indica amadurecimento acadêmico do debate sobre limites terapêuticos e decisão compartilhada no contexto pós-pandemia, já desvinculado da discussão emergencial vinculada à Covid-19.

Quanto à distribuição geográfica, metade da amostra correspondeu a estudos desenvolvidos no Brasil, totalizando 6 artigos (50,0%), o que atende ao critério mínimo de representatividade nacional e reforça o protagonismo recente da produção brasileira sobre o tema. Dois artigos (16,7%) apresentaram caráter multicêntrico

global a partir do consórcio Ethicus-2, com ampla comparação internacional. Os demais países representados foram Estados Unidos, Hong Kong e países europeus, cada um com 1 estudo (8,3% cada), compondo um recorte internacional que permitiu analisar variações éticas e culturais no manejo do fim de vida.

Também, quando classificada segundo o conteúdo temático predominante, a amostra apresentou distribuição simétrica, em que 6 artigos (50,0%) abordaram diretamente limites terapêuticos e proporcionalidade das intervenções em UTI, discutindo *withholding*, *withdrawing*, prognóstico e critérios clínicos para redução ou suspensão de suporte de vida. Os outros 6 artigos (50,0%) foram centrados no processo de decisão clínica compartilhada e na comunicação entre equipe, pacientes e familiares, incluindo estudos sobre diretivas antecipadas de vontade, entendimento prognóstico e participação multiprofissional. Essa divisão evidencia que a literatura recente compreende a limitação terapêutica como processo relacional, comunicacional e ético, no qual proporcionalidade e autonomia são dimensões indissociáveis.

A literatura selecionada permite ler a decisão de limitar tratamentos e a extubação paliativa como parte de um caminho clínico que busca coerência entre situação biológica, valores do paciente e objetivos de conforto. No cenário brasileiro, Antonio *et al.* (2023) mostram que a retirada planejada da ventilação mecânica, com sedoanalgesia definida, comunicação prévia e registro adequado, pode ser conduzida sem eventos indesejados imediatos, preservando conforto e evitando prolongamentos artificiais do processo de morrer. O mérito do estudo é trazer a prática para o cotidiano de uma UTI comunitária, mostrando que se trata de um recurso disponível quando o quadro é claramente irreversível e o foco passa a ser o alívio de sofrimento.

Em diálogo com esse achado, Lacerda *et al.* (2020) analisam casos com limitação de suporte de vida comparando aqueles nos quais a ventilação foi retirada com aqueles nos quais se optou apenas por não escalar intervenções. A leitura conjunta indica que a retirada, quando indicada, não piora desfechos por si e, sobretudo, melhora a coerência entre o plano de cuidado e a realidade prognóstica. A diferença está no propósito clínico de conforto, que orienta a proporcionalidade das medidas.



O eixo da proporcionalidade aparece com nuances quando se examinam populações pediátricas. Abath *et al.* (2025) descrevem série de casos de extubação paliativa em crianças, enfatizando planejamento, sedoanalgesia e presença familiar. A contribuição dessa experiência é evidenciar que decisões difíceis podem ser tomadas com cuidado técnico e sensibilidade, reduzindo sofrimento e garantindo que a família participe de modo informado. Em termos práticos, o estudo mostra que o passo a passo, como conversa estruturada, alinhamento de objetivos e protocolos claros, reduz incertezas e dá previsibilidade ao processo.

Ao lado disso, Dal Pizzol *et al.* (2024) trazem a perspectiva da equipe de enfermagem sobre diretivas antecipadas de vontade (DAV) em UTI pediátrica. A equipe reconhece a relevância das DAV como expressão de autonomia, mas relata dificuldades de operacionalização, seja por falta de rotinas, seja por dúvidas sobre quando acionar o documento. Esse ponto converge com o relato clínico de Abath *et al.* (2025), quanto mais definida a rota institucional, menor a chance de a decisão ficar dependente de esforços individuais, o que protege o paciente e a família.

A ponte entre “saber que deve” e “conseguir fazer” aparece com nitidez nos estudos brasileiros com foco em percepções e preparo institucional. Barros *et al.* (2023) mostram que médicos intensivistas ainda enfrentam insegurança jurídica, lacunas de formação e barreiras de comunicação no trato da limitação de suporte, apesar de reconhecerem sua necessidade clínica. A síntese dos autores indica que a qualidade da decisão depende de processos que amparem a prática, como roteiros de reunião com famílias, registros padronizados e apoio institucional.

Na mesma direção, Cetolin *et al.* (2024) quantificam o problema ao identificar baixo domínio sobre o conteúdo jurídico das DAV e incertezas sobre sua aplicação. A mensagem é direta, em que sem fluxos simples, modelos documentais e capacitação continuada, a decisão compartilhada tende a oscilar e a gerar conflito desnecessário, mesmo quando há consenso clínico sobre a futilidade de certas intervenções.

Quando se amplia o olhar para diferentes contextos, os estudos do consórcio Ethicus-2 ajudam a entender como cultura, regulação e organização do serviço modulam a prática. Avidan *et al.* (2021) observam que, em escala internacional, é mais comum não iniciar ou não escalar tratamentos (*withholding*) do que retirar intervenções já iniciadas (*withdrawing*). Essa assimetria sugere que a decisão de “não avançar” é, muitas vezes, percebida como menos difícil do que a de “voltar atrás”, ainda que, do ponto de vista ético, ambas possam ser equivalentes quando orientadas pelo mesmo juízo clínico de desproporcionalidade.

Para a realidade brasileira, a comparação reforça a utilidade de protocolos e registros claros, pois trazem previsibilidade e reduzem o peso simbólico de “retirar”, aproximando-o do mesmo critério de proporcionalidade aplicado ao “não iniciar” (Avidan *et al.*, 2021). Complementarmente, Feldman *et al.* (2022) analisam a dimensão comunicacional e mostram que serviços com reuniões estruturadas, pauta definida, papéis claros e documentação tendem a alinhar melhor expectativas de

família e equipe, o que diminui condutas sem sentido clínico e favorece decisões proporcionais.

A literatura qualitativa de Wubben *et al.* (2021) amplia a dimensão relacional. Médicos, enfermeiros e pacientes convergem na percepção de que decisão clínica compartilhada requer tempo protegido, linguagem acessível e participação ativa da enfermagem. A equipe de enfermagem aparece como ponte entre deliberação técnica e cuidado cotidiano, pois acompanha sinais de desconforto, identifica dúvidas da família e ajuda a manter a coerência do plano. Quando esses elementos estão presentes, a chance de conflito diminui e o plano terapêutico se ajusta ao que importa para o paciente.

Esse achado ganha consequência prática quando comparado ao estudo de Vick *et al.* (2024), que avaliou reuniões com familiares e a compreensão do prognóstico. Os autores mostram que uma comunicação estruturada, com elementos de decisão compartilhada, reduz a incompreensão sobretudo em quem parte de maior desconhecimento, o que indica um caminho para qualificar o diálogo e tornar mais nítida a justificativa clínica da limitação terapêutica.

Ao examinar contextos asiáticos, Joynt *et al.* (2024) relatam alta frequência de *withholding* em relação a *withdrawing* em UTIs de Hong Kong, reforçando que a maneira como a limitação é executada também espelha normas locais e valores sociais. A principal contribuição para esta revisão é mostrar que, apesar das diferenças, a documentação do raciocínio clínico e o registro das preferências permanecem eixos comuns de segurança ética e jurídica. Em outras palavras, mesmo onde o “não iniciar” é preferido, a decisão precisa estar bem explicada e pactuada, caso contrário tende a gerar insegurança e disputas.

Por outro lado, quando se testa o que pesa de fato na decisão, Beil *et al.* (2023) usam cenários clínicos padronizados com pacientes muito idosos e evidenciam que fatores como fragilidade e prognóstico influenciam mais do que a idade cronológica isolada. Esse resultado afasta visões simplificadoras e apoia a ideia de que proporcionalidade é um juízo clínico situado, baseado em avaliação global e não em marcadores únicos. O diálogo com as coortes e séries brasileiras é evidente, em que a decisão pela retirada de ventilação não se sustenta por idade, mas por irreversibilidade, sofrimento não mitigável e ausência de benefício clínico razoável.

Dessas conexões surgem implicações diretas para a gestão do cuidado. Primeiro, protocolos e linhas de cuidado reduzem variabilidade, dão suporte à equipe e protegem a família de transições confusas. Os estudos clínicos de extubação (adulto e pediátrico) e as análises internacionais reforçam que a previsibilidade do processo diminui sofrimento e conflito (Antonio *et al.*, 2023; Abath *et al.*, 2025; Avidan *et al.*, 2021).

Segundo, documentação e diretivas antecipadas de vontade funcionam como dispositivos de continuidade, em que quando registradas de modo claro, evitam medidas que já não fazem sentido e sustentam a decisão compartilhada nos momentos de maior tensão emocional (Dal Pizzol *et al.*, 2024; Cetolin *et al.*, 2024; Feldman *et al.*, 2022). Terceiro, comunicação não é acessório, pois estudos com reuniões

gravadas mostram que método e linguagem adequada corrigem entendimentos equivocados sobre prognóstico e facilitam acordos terapêuticos proporcionais (Vick *et al.*, 2024; Wubben *et al.*, 2021).

Há, ainda, aprendizados específicos para a formação das equipes. Os achados de Barros *et al.* (2023) e Cetolin *et al.* (2024) apontam que o currículo precisa contemplar conteúdos clínicos, bioéticos e jurídicos aplicados à UTI, com simulações de reunião, roteiros de comunicação e treino de registro. Esse conjunto prepara médicos e enfermeiros para lidar com diferenças culturais, expectativas familiares e incertezas prognósticas, diminuindo a distância entre a indicação técnica e a execução prática.

Em contextos pediátricos, a experiência de Abath *et al.* (2025) e as percepções de Dal Pizzol *et al.* (2024) sugerem que a preparação inclui também manejo de sintomas com foco em conforto, participação de cuidadores e suporte ao luto, integrando a equipe multiprofissional desde o início do processo. Também, a leitura transversal dos doze estudos aponta convergência em três pontos. Primeiro, a proporcionalidade não é renúncia a cuidado, mas ajuste responsável entre benefício e ônus de cada intervenção, algo visível nas experiências de extubação e nos estudos multicêntricos sobre limitação (Antonio *et al.*, 2023; Avidan *et al.*, 2021).

Segundo, a decisão clínica compartilhada depende de comunicação estruturada e de documentação simples, sem os quais aumentam conflito e insegurança, como mostram as análises qualitativas e as coortes de reuniões (Wubben *et al.*, 2021; Vick *et al.*, 2024; Feldman *et al.*, 2022). Terceiro, contexto importa, onde cultura, normas e organização do serviço modulam como o *withholding* (não iniciar) e o *withdrawing* (retirar) são praticados, o que pede adaptações locais de protocolos e treinamentos, mantendo o núcleo ético comum de respeito à autonomia, à beneficência e à não maleficência (Joynt *et al.*, 2024; Beil *et al.*, 2023).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão alcançou o objetivo proposto ao reunir e organizar a produção científica recente sobre cuidados paliativos no contexto da terapia intensiva, permitindo compreender como os conceitos de limite terapêutico, proporcionalidade e decisão clínica compartilhada vêm sendo tratados pela literatura de forma coerente.

Ao longo do percurso metodológico e analítico, foi possível observar que o debate atual passa a compreender a limitação terapêutica como parte de uma prática orientada à dignidade, à prudência clínica e ao respeito aos valores do paciente. Do mesmo modo, ficou evidente que a proporcionalidade pressupõe reflexão conjunta sobre utilidade, esforço imposto e horizonte de benefício, sempre em sintonia com o projeto de cuidado estabelecido.

Os estudos incluídos demonstraram que a decisão de limitar intervenções é um processo que envolve comunicação, preparo institucional e registro adequado. A literatura também mostrou que a decisão compartilhada amadurece quando a equipe dispõe de tempo protegido para

diálogo e quando há rotinas que sustentam a escuta ativa e a participação familiar, reduzindo inseguranças e favorecendo escolhas alinhadas à autonomia. Outro resultado relevante foi a constatação de que diferentes países organizam a limitação terapêutica de modos distintos, porém, mantêm como ponto comum a necessidade de justificativa clínica transparente e respeito à vontade expressa ou presumida do paciente.

Ao destacar esses achados, o estudo confirma que cuidados paliativos na UTI significam adequação do cuidado ao bem possível naquele contexto, preservando conforto e evitando obstinação. Igualmente, confirma-se que o debate ético e jurídico sobre fim de vida encontra, na prática institucionalizada da decisão compartilhada, um caminho para garantir segurança às equipes e às famílias, aproximando a assistência do ideal de cuidado centrado na pessoa.

Logo, conclui-se que o objetivo foi plenamente atingido, pois a revisão ofereceu suporte conceitual sólido para compreender os pilares que orientam a prática dos cuidados paliativos no ambiente intensivo. Ao sistematizar a literatura recente e evidenciar convergências teóricas, o trabalho contribui para reforçar a compreensão de que limites terapêuticos, proporcionalidade e decisão compartilhada são dimensões inseparáveis e indispensáveis à condução ética do cuidado em pacientes com doença grave e prognóstico limitado.

Com isso, abre-se espaço para avanços futuros direcionados ao fortalecimento institucional de fluxos comunicativos e à qualificação das equipes, aproximando a teoria do cotidiano assistencial e favorecendo um cuidado intensivo humanizado, responsável e coerente com os valores de quem recebe o tratamento.

REFERÊNCIAS

- ABATH, Katarina Maciel; LEVY, Sheyla Suelle dos Santos; DUARTE, Maria do Carmo Menezes Bezerra. Practice of pediatric palliative extubation in Brazil: a case series. **Critical Care Science**, v. 37, p. e20250176, 2025.
- ANTONIO, Ana Carolina Peçanha; ANTONIO, Juliana Peçanha. Palliative extubation experience in a community hospital in southern Brazil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 69, n. 6, p. e20230208, 2023.
- AVIDAN, Alexander et al. Variations in end-of-life practices in intensive care units worldwide (Ethicus-2): a prospective observational study. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 9, n. 10, p. 1101-1110, 2021.
- BARROS, Bárbara Fernanda Melo et al. Percepções e conhecimentos médicos sobre limitação de suporte de vida. **Revista Bioética**, v. 31, n. 1, p. 1-12, 2023.
- BEIL, Michael et al. Limiting life-sustaining treatment for very old ICU patients: cultural challenges and diverse practices. **Annals of Intensive Care**, v. 13, n. 1, p. 107, 2023.



CETOLIN, Pedro Henrique Favero et al. Diretivas antecipadas de vontade na perspectiva dos profissionais de UTI. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 35, n. 01, 2024.

DAMPS, Maria et al. Limitation of futile therapy in the opinion of nursing staff employed in Polish hospitals—results of a cross-sectional study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 24, p. 16975, 2022.

FELDMAN, Charles et al. Global comparison of communication of end-of-life decisions in the ICU. **Chest**, v. 162, n. 5, p. 1074-1085, 2022.

FINS, Joseph J.; MILLER, Franklin G. Proportionality, pandemics, and medical ethics. **The American Journal of Medicine**, v. 133, n. 11, p. 1243-1244, 2020.

JOYNT, Gavin Matthew et al. End-of-life practices in Hong Kong intensive care units: results from the Ethicus-2 study. **Hong Kong Medical Journal**, v. 30, n. 4, p. 300, 2024.

KESECIOGLU, Jozef 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.

KIENLIN, Simone et al. Ready for shared decision making: Pretesting a training module for health professionals on sharing decisions with their patients. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 26, n. 2, p. 610-621, 2020.

KRUSER, Jacqueline M. et al. Defining the time-limited trial for patients with critical illness: an official american thoracic society workshop report. **Annals of the American Thoracic Society**, v. 21, n. 2, p. 187-199, 2024.

LACERDA, Fábio Holanda et al. Mechanical ventilation withdrawal as a palliative procedure in a Brazilian intensive care unit. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, p. 528-534, 2021.

LO, J. J. M.; et al. A systematic review defining non-beneficial and inappropriate end-of-life treatment in patients with non-cancer diagnoses: theoretical development for multi-stakeholder intervention design in acute care settings. **BMC Palliative Care**, v. 21, art. 195, 2022.

MICHELS, Guido; SCHALLENBURGER, Manuela; NEUKIRCHEN, Martin. Recommendations on palliative care aspects in intensive care medicine. **Critical Care**, v. 27, n. 1, p. 355, 2023.

NEUKIRCHEN, Martin; METAXA, Victoria; SCHAEFER, Maximilian S. Palliative care in intensive care. **Intensive Care Medicine**, v. 49, n. 12, p. 1538-1540,

2023.

PIZZOL, Eduarda Regina Dal et al. Diretivas antecipadas de vontade no contexto da enfermagem intensiva pediátrica. **Revista Bioética**, v. 32, p. e3637PT, 2024.

RADBRUCH, Lukas et al. Redefining palliative care—a new consensus-based definition. **Journal of pain and symptom management**, v. 60, n. 4, p. 754-764, 2020.

ROSCA, Ana et al. Shared decision making and advance care planning: a systematic literature review and novel decision-making model. **BMC Medical Ethics**, v. 24, n. 1, p. 64, 2023.

VALERA, L.; CARRASCO, M. A.; CASTRO, R. Fallacy of the last bed dilemma. **Journal of Medical Ethics**, v. 48, n. 11, p. 915–921, 2021.

VICK, Judith B. et al. Shared decision-making communication and prognostic misunderstanding in the ICU. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 10, p. e2439715-e2439715, 2024.

WUBBEN, Nina et al. Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: a qualitative interview study. **BMJ open**, v. 11, n. 8, p. e050134, 2021.

XIAO, J et al. Definitions of palliative care terms: a consensus-oriented decision-making process. **Journal of Palliative Medicine**, v. 24, n. 9, p. 1342–1350, 2021.

