

A extubação paliativa como estratégia para uma morte digna: relato de experiência

RESUMO

O estudo tem como objetivo discutir os aspectos bioéticos relacionados à morte digna e os impactos emocionais da Extubação Paliativa (EP), com base em um relato de experiência em uma unidade de terapia intensiva. A análise parte do entendimento de que a EP deve ser indicada quando a ventilação mecânica se torna uma medida desproporcional para pacientes sem possibilidade de recuperação, e deve ser orientada pelos princípios da bioética. O caso evidenciou a resistência inicial da família em aceitar a terminalidade, o que exigiu da equipe multiprofissional uma comunicação contínua, bem como estratégias de acolhimento e de esclarecimento progressivo. O suporte psicológico foi fundamental para favorecer a aceitação da perda e auxiliar no enfrentamento do luto antecipatório e do luto pós-óbito. A EP, apesar das decisões difíceis envolvidas, quando conduzida de forma ética e humanizada, contribui para preservar a dignidade do paciente no final da vida e auxilia os familiares no processo de luto.

Palavras-chave: cuidados paliativos, extubação, bioética, unidades de terapia intensiva.

*Psicóloga com Especialização em Saúde do Adulto/Idoso pela Universidade Federal de Sergipe. Atualmente, é psicóloga hospitalar no Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra (HR/PE). CV: <http://lattes.cnpq.br/0115946555782613>

**Mestra em Psicologia Social pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso pela Universidade Federal de Sergipe. Atua como psicóloga do Hospital Universitário de Sergipe (HU-UFS). CV: <http://lattes.cnpq.br/4997457232975005>

***Doutor em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Professor Adjunto da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (PPGPSI-UFS). CV: <https://lattes.cnpq.br/0512185167681269>

Palliative extubation as a strategy for a dignified death: an experience report

ABSTRACT

This study aims to discuss the bioethical aspects of a dignified death and the emotional impacts of Palliative Extubation (PE), based on an experience report from an intensive care unit. The analysis is grounded in the understanding that PE should be indicated when mechanical ventilation becomes a disproportionate measure for patients with no possibility of recovery, being guided by the principles of beneficence, non-maleficence, autonomy, and justice. The case highlighted the family's initial resistance to accepting terminality, which required continuous communication, supportive strategies, and progressive clarification from the multiprofessional team. Psychological support was essential to foster the acceptance of loss and to assist in coping with anticipatory and post-mortem grief. Despite the difficult decisions involved, when conducted ethically and humanely, PE contributes to preserving the patient's dignity at the end of life and supports the family in the grieving process.

Keywords: palliative care, airway extubation, bioethics, intensive care unit.

La extubación paliativa como estrategia para una muerte digna: relato de experiencia

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo discutir los aspectos bioéticos relacionados con la muerte digna y los impactos emocionales de la extubación paliativa (EP) a partir de un relato de experiencia en una unidad de cuidados intensivos. El análisis parte de la comprensión de que la EP debe indicarse cuando la ventilación mecánica se convierte en una medida desproporcionada en pacientes sin posibilidad de recuperación, y se orienta por los principios de la bioética. El caso evidenció la resistencia inicial de la familia a aceptar la terminalidad, lo que exigió al equipo multiprofesional una comunicación continua y estrategias de acogida y de esclarecimiento progresivo. El apoyo psicológico fue fundamental para favorecer la aceptación de la pérdida y auxiliar en el afrontamiento del duelo, tanto anticipatorio como posterior al fallecimiento. La EP, a pesar de las difíciles decisiones involucradas, cuando es conducida de manera ética y humanizada, contribuye a preservar la dignidad del paciente al final de la vida y ayuda a los familiares en el proceso de duelo.

Palabras clave: cuidados paliativos, extubación traqueal, bioética, unidades de cuidados intensivos.



A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor hospitalar de alta complexidade, destinado ao tratamento e assistência especializada de pacientes em estado crítico, com possibilidade de recuperação (Pessini & Siqueira, 2019). Nesse ambiente são oferecidos cuidados avançados de suporte à vida, com monitoramento contínuo e intervenções intensivas, baseadas em dispositivos tecnológicos indispensáveis à manutenção da vida (Silva et al., 2023). Apesar desses avanços, a UTI pode prolongar a vida sem considerar sua qualidade, levantando questões éticas sobre os limites das intervenções médicas em pacientes terminais. A realização de procedimentos invasivos sem perspectiva de benefício real caracteriza a obstinação terapêutica, que, além de prolongar artificialmente a vida, intensifica o sofrimento do paciente (Zanlorenzi et al., 2023). Assim, reconhecer e aceitar os limites da medicina curativa é essencial para que a morte seja encarada de maneira realista, garantindo dignidade ao paciente e evitando tratamentos desproporcionais.

Nesse cenário, o conceito de distanásia, entendido como o prolongamento doloroso e artificial da morte, contrasta com a ortotanásia, que respeita o tempo natural do morrer sem intervenções que antecipem ou prolonguem o fim da vida. Alinhada à ideia de uma “boa morte”, a ortotanásia associa-se à ausência de sofrimento, à valorização da autonomia do paciente, à tomada de decisão compartilhada, e à criação de um ambiente acolhedor, com presença de familiares, favorecendo uma experiência de morte mais humanizada (Ivankovic et al., 2023; Zanlorenzi, et al., 2023).

Nessa perspectiva, os cuidados paliativos (CP) emergem como uma abordagem indispensável para promover dignidade desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida até a morte, estando intimamente atrelados aos princípios da ortotanásia (Ivankovic et al., 2023). Essa proposta busca atender às necessidades do paciente e da família, oferecendo qualidade de vida por meio da prevenção, identificação e alívio do sofrimento em suas dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Entre suas atribuições, incluem-se o manejo da dor e dos sintomas, o respeito à autonomia, a comunicação efetiva e o suporte às demandas psicossociais (Bezerra et al., 2024).

Dessa forma, os CP devem ser implementados desde o diagnóstico de doenças graves ou crônicas, em conjunto com terapias curativas, visando promover qualidade de vida em todas as fases do adoecimento. Os CP tornam-se ainda mais indispensáveis quando não há resposta a tratamentos curativos, momento em que medidas de conforto passam a ser priorizadas para assegurar integridade na terminalidade (Turra & Lazzari, 2024). No entanto, a transição entre a manutenção da vida e a priorização do conforto é complexa, demandando reflexões éticas sobre o momento adequado para suspender medidas invasivas. Em situações críticas, em que a vida e a morte se encontram no limite, surgem desafios éticos e clínicos que exigem uma avaliação criteriosa sobre até que ponto prolongar a vida é benéfico e quando priorizar o conforto e a dignidade do paciente. Essas decisões podem ser fundamentadas na bioética, que fornece princípios orientadores para situações de terminalidade (Rossi et al., 2023).

O princípio da beneficência orienta intervenções que promovam bem-estar e aliviem o sofrimento; a não maleficência exige a minimização de danos e a evitação de intervenções que causem sofrimento desnecessário; a autonomia versa sobre a participação ativa do



paciente nas decisões sobre seus cuidados; a justiça refere-se à distribuição equitativa de cuidados e recursos (Cenedesi Júnior, 2023). Diante da complexidade dessas situações, a bioética oferece um arcabouço teórico essencial para garantia da dignidade do paciente. Quando não há possibilidade de recuperação, a equipe lida com o desafio de suspender medidas fúteis e invasivas, priorizando o alívio da dor e da angústia do paciente. Assim, a busca por uma morte digna pode incluir a retirada de aparelhos artificiais como a ventilação mecânica (Zanlorenzi et al., 2023).

Entre as medidas realizadas, destaca-se a extubação paliativa (EP), definida como a retirada do tubo orotraqueal quando as tentativas de desmame ventilatório falham e a ventilação artificial passa a representar um sofrimento desnecessário em casos sem perspectiva de melhora (Pezzini et al., 2021). A EP, além de ser uma alternativa para aliviar o sofrimento e humanizar o cuidado, está frequentemente associada à maior satisfação das famílias e ao suporte durante o processo de luto (Lage et al., 2019). Contudo, a decisão pela EP é influenciada por múltiplos fatores: gravidade e reversibilidade da doença, presença e intensidade de comorbidades, idade do paciente, bem como valores sociais e religiosos, crenças, preocupações legais e a avaliação subjetiva dos benefícios e malefícios relacionados à manutenção da vida (Pezzini et al., 2021). Assim, apesar dos benefícios potenciais, sua implementação muitas vezes enfrenta resistências relacionadas a tabus culturais e concepções religiosas (Natividade et al., 2021).

Assim, a definição e aceitação de medidas apropriadas no fim da vida representam desafios tanto para os profissionais de saúde quanto para o paciente e familiares. Diante da persistência da obstinação terapêutica na UTI e da necessidade de priorizar o alívio do sofrimento, é fundamental refletir sobre as práticas adotadas na UTI à luz da bioética (Zanlorenzi et al. 2023). O objetivo deste trabalho foi analisar os aspectos bioéticos em torno da morte digna e os impactos subjetivos envolvidos na extubação paliativa a partir do relato de uma experiência.

Relato de experiência de extubação paliativa

Esta pesquisa é um estudo de caso retrospectivo, fundamentado na análise de um relato de experiência acerca de uma extubação paliativa realizada em uma unidade de terapia intensiva. Os dados analisados foram provenientes de registros assistenciais, observações clínicas e anotações sistemáticas dos pesquisadores. Não foram realizadas intervenções adicionais ou coleta de dados por meio de questionários e entrevistas. A análise qualitativa da experiência foi guiada pelos princípios interpretativos descritos por Minayo (2006), buscando compreender os significados atribuídos pelos envolvidos durante o procedimento de extubação paliativa. Assim, os registros foram revisados e organizados de maneira descritivo-reflexiva, considerando aspectos relacionados aos dilemas bioéticos envolvidos na tomada de decisão, à comunicação com os familiares, às reações emocionais diante da terminalidade e às estratégias de cuidado paliativo adotadas pela equipe multiprofissional.

A interpretação do caso foi realizada à luz dos referenciais da bioética e dos cuidados paliativos, especialmente em relação aos princípios da proporcionalidade terapêutica,



ortotanásia, dignidade no processo de morrer e cuidado humanizado no contexto da terminalidade, utilizando também referenciais teóricos da bioética (Beauchamp & Childress, 2019) para embasar a reflexão crítica sobre os desafios éticos envolvidos. A interpretação do caso também ocorreu de maneira compartilhada entre os autores, que discutiram conjuntamente as impressões e reflexões produzidas, buscando consensos interpretativos capazes de ampliar a consistência analítica e a validade reflexiva da análise qualitativa. Visando assegurar o sigilo e a privacidade dos envolvidos, o paciente foi referido por um nome fictício e as informações que pudessem identificá-los e não contribuíssem com a discussão foram omitidas ou alteradas. O relato foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer n. 7.435.024).

O paciente e a vivência e os cuidados na UTI

Renato, 30 anos, mecânico, solteiro, ensino fundamental incompleto, residia no interior do estado. Seus pais são falecidos, e sua rede familiar é composta por três irmãos mais velhos. Foi diagnosticado com HIV há cinco anos e, desde então, apresentava transtorno depressivo grave, o que contribuiu para uma adesão irregular ao tratamento antirretroviral. Como consequência, seu quadro evoluiu para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e Sarcoma de Kaposi, condição oportunista frequente em pacientes imunossuprimidos (Grabar & Costagliola, 2021). Assim, ficou internado 12 dias em enfermaria de infectologia devido à piora clínica progressiva, evoluindo para insuficiência hepática, disfunção renal aguda e insuficiência respiratória, sendo submetido à intubação orotraqueal (IOT) e transferido para a UTI, onde permaneceu por mais 15 dias até o seu falecimento.

Na UTI, Renato chegou em estado grave, sob sedoanalgesia e com variação do nível de consciência. Foi atendido por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, serviço social e psicologia. Como parte da rotina da unidade, realizavam-se reuniões multiprofissionais diárias para a discussão do caso, o que permitia planejar intervenções, monitorar o quadro clínico, compartilhar conhecimentos, tomar decisões compartilhadas e identificar necessidades específicas do paciente e de sua família.

Além disso, o boletim médico era essencial para garantir a transparência e a compreensão do quadro clínico. Na primeira reunião com os irmãos de Renato, foi comunicado o estado grave e avançado da doença. Embora reconhecessem a limitação das possibilidades de recuperação, tinham dificuldade em lidar com a possibilidade de morte. Essa resistência ao tema da terminalidade os levava a oscilar entre a aceitação da gravidade e a busca por sinais de melhora que pudessem indicar uma chance de recuperação. Essa ambivalência os fazia retornar com dúvidas e questionamentos, refletindo tanto a angústia diante da incerteza quanto a esperança de recuperação.

Assim, a equipe considerou essencial manter uma comunicação clara e contínua com a família, solicitando a avaliação da Psicologia para o acompanhamento do caso. No entanto, durante a internação, Renato recebeu poucas visitas de seus familiares, pois residiam em um município distante, o que dificultava a presença diária. Para tentar amenizar essa situação,



foram instituídas visitas estendidas, com horários flexíveis, a fim de fornecer maior conforto e favorecer a presença da família. Ainda assim, a distância geográfica e as limitações de deslocamento continuaram a ser um obstáculo e dificultaram também o acompanhamento psicológico mais próximo e constante com os familiares.

Durante boa parte da internação, Renato precisou permanecer contido fisicamente e mantido sob sedação devido à agitação psicomotora e às sucessivas tentativas de autoextubação. Nos raros momentos em que se encontrava vígil, demonstrava evidente desconforto com o tubo orotraqueal e intensa angústia por não conseguir se comunicar verbalmente, refletindo o impacto emocional e físico de sua condição. Essa situação dificultou significativamente as intervenções de suporte psicológico, tanto pela barreira imposta à comunicação pelo tubo da ventilação mecânica, quanto pela oscilação de seu nível de consciência.

Nas ocasiões em que podiam visitá-lo, os familiares frequentemente expressavam frustração ao vê-lo incapaz de se comunicar. O rebaixamento do nível de consciência também gerava sentimentos de desolação, pois impedia os familiares de interagir ativamente com o paciente. Em diálogo com a equipe, a família relatou que Renato havia manifestado previamente o desejo de não ser mantido intubado. Essa informação, somada à dificuldade de estabelecer contato com ele e à observação de sua degradação física, intensificava a dor emocional dos familiares ao longo dos dias.

A ausência de resposta clínica e a progressão avançada do Sarcoma de Kaposi reduziram significativamente as possibilidades de reversão da doença. Diante disso, os irmãos de Renato foram convocados para uma conferência com a equipe, a fim de discutir as opções terapêuticas e abordagens paliativas. No entanto, antes da concordância da família com a adoção dos cuidados paliativos, foi necessário um processo gradual de comunicação e esclarecimentos devido ao desconhecimento sobre seus princípios e à dificuldade em aceitar a terminalidade.

Nesse período, a psicóloga focou em oferecer suporte emocional à família, fortalecendo recursos de enfrentamento e ajudando-a a lidar com a iminência da perda durante o processo de luto antecipatório. As intervenções psicológicas abordaram temáticas sobre a vida e a morte de forma desmistificada, considerando os valores do paciente e de seus familiares. Sua irmã, em particular, visitou-o nesse período e, profundamente emocionada, iniciou um processo de despedida, recebendo suporte profissional para enfrentar a complexidade emocional da situação. Após diálogos consecutivos, a família concordou com a adoção dos cuidados paliativos. Foram, portanto, contraindicadas medidas heroicas, como hemodiálise, uso de drogas vasoativas e ressuscitação cardiorrespiratória, por serem consideradas prolongadoras de sofrimento, diante da irreversibilidade do quadro. Assim, definiu-se de forma conjunta, que o cuidado priorizaria medidas de conforto em vez de novas intervenções invasivas.

Durante a internação, foram realizadas diversas tentativas de desmame ventilatório, todas sem sucesso. Após 12 dias sem evolução clínica satisfatória, a equipe de saúde avaliou a viabilidade da extubação paliativa, reconhecendo que o suporte ventilatório apenas prolongava um processo terminal, sem proporcionar benefícios concretos ao paciente. Contudo, mesmo com os cuidados paliativos já estabelecidos, havia preocupação com o impacto emocional

dessa proposta sobre os familiares, com o temor de que a proposta fosse interpretada como antecipação da morte, desistência ou abandono.

A apresentação da extubação paliativa à família foi conduzida com cautela, explicando os fundamentos clínicos e éticos que justificavam a decisão, bem como a necessidade de respeitar os desejos previamente expressos por Renato de não permanecer intubado nessas condições. Foram discutidas a irreversibilidade do quadro e a necessidade de evitar medidas fúteis, esclarecendo que a proposta não se tratava de acelerar a morte, mas de permitir que ocorresse de forma natural. Os familiares, já cientes da irreversibilidade do quadro, relataram que haviam refletido sobre o estado do irmão e que desejavam o alívio da sua dor e angústia. Assim, concordaram com a proposta e expressaram a intenção de estarem presentes para acompanhar os momentos finais de Renato.

O procedimento foi agendado para três dias depois, possibilitando que outros entes queridos pudessem se despedir. Nesse período reforçaram-se medidas de controle de sintomas, como analgesia, para que a extubação ocorresse com o máximo de conforto e dignidade, em conformidade com os princípios dos cuidados paliativos.

A extubação paliativa como alternativa para o cuidado

No dia da extubação paliativa, a equipe multiprofissional reuniu-se com os familiares momentos antes do procedimento para esclarecer dúvidas, reforçar orientações e prestar o acolhimento necessário. Foram explicados os detalhes do procedimento e os possíveis desfechos, incluindo a iminência do óbito, que poderia ocorrer em minutos ou horas. Essa abordagem transparente trouxe aos familiares uma mistura de alívio e tristeza, pois estavam convencidos de que a extubação seria a melhor escolha, mas sentiam-se angustiados diante da proximidade da morte.

Com as explicações, os familiares sentiram-se mais confortáveis para expressar preocupações, como a possibilidade de Renato estar consciente e conseguir se comunicar durante o procedimento. A equipe esclareceu que, embora fosse improvável que ele recuperasse a capacidade de comunicação, o principal objetivo era garantir conforto em seus momentos finais, reforçando a importância da presença afetiva da família, que poderia estar com Renato por meio da fala e do toque.

Essas informações permitiram o manejo dos sentimentos de ansiedade e fortaleceram a relação de confiança com a equipe, viabilizando a validação das emoções da família e a realização de uma despedida digna e respeitosa. O diálogo constante e as intervenções psicológicas foram essenciais para preparar os familiares para esse momento delicado. Além de ajudá-los na expressão de pensamentos e sentimentos, o acompanhamento possibilitou o alinhamento de expectativas realistas. Durante o procedimento, a equipe preparou um ambiente acolhedor e humanizado. Os dispositivos restantes foram removidos, a sedação ajustada e a música favorita de Renato tocava ao fundo. A preparação do leito e a escolha possibilitaram uma despedida mais significativa aos familiares antes da extubação. Alguns permaneceram ao lado de Renato durante todo o processo, enquanto outros, sensibilizados pela intensa



carga emocional, preferiram aguardar a finalização do procedimento na sala de espera, sendo respeitados os limites emocionais de cada familiar para lidar com aquele cenário.

Após a extubação, Renato não apresentou sinais de dor ou sofrimento. Permaneceu sem fazer contato, com o nível de consciência rebaixado, e faleceu 20 minutos depois. Durante todo o processo, a equipe de saúde esteve presente, oferecendo apoio contínuo aos familiares. Após o óbito, a pedido da família, foram realizadas orações e rituais religiosos junto ao leito, criando um espaço de expressão para suas crenças espirituais. Em seguida, ocorreu uma reunião de encerramento com os familiares, que expressaram alívio pelo fim da condição angustiante de Renato, embora manifestassem tristeza e frustração por não terem ouvido suas últimas palavras. Esse momento reforçou a necessidade de acolhimento adicional, e o suporte psicológico foi essencial para ajudar a família a lidar com o luto inicial. Assim, foi ressaltado junto aos familiares que todas as medidas tomadas visaram garantir o cuidado, o conforto e dignidade do paciente em seus instantes finais.

O caso apresentado evidencia um dilema frequente em unidades de terapia intensiva, em que a manutenção da vida entra em conflito com a necessidade de aliviar o sofrimento do paciente. A ventilação mecânica mantinha Renato vivo, porém, com a progressão do seu adoecimento, não havia possibilidade de reversão do quadro clínico. Além disso, a intubação representava sofrimento físico e emocional significativo, evidenciado pelas tentativas de autoextubação, pela impossibilidade de comunicação e pela necessidade contínua de contenção e sedação.

Nesse contexto, o suporte ventilatório passou a não oferecer benefícios para Renato. Sua manutenção poderia representar obstinação terapêutica ou distanásia, uma vez que prolongava o processo de morrer sem modificar a evolução da doença (Zanlorenzi et al., 2023). Assim, os princípios da beneficência e da não maleficência estiveram relacionados à priorização do conforto e do alívio dos sintomas, permitindo uma forma de cuidado mais humanizada. Esse entendimento possibilitou que equipe e familiares compreendessem a extubação paliativa como uma alternativa voltada à preservação da dignidade do paciente em seus momentos finais.

No entanto, para que a EP pudesse ser compreendida dessa forma, a equipe precisou assumir alguns cuidados, priorizando o acolhimento e a comunicação com os familiares. Foram realizadas reuniões de conferência, além de um espaço de escuta psicológica à família, possibilitando não apenas a transmissão de informações, mas também o acolhimento de suas angústias. Na bioética, a comunicação é entendida como um instrumento de cuidado, especialmente em situações que envolvem a terminalidade, pois possibilita a escuta, o manejo emocional e o compartilhamento de decisões, exigindo paciência, empatia e sensibilidade dos profissionais de saúde (Santos et al., 2024).

Por outro lado, a comunicação de notícias difíceis apresenta diversos desafios, como o medo da morte, o receio sobre a reação emocional da família e preocupações jurídicas relacionadas às tomadas de decisão (Oliveira & Lisboa, 2025). A forma como o diálogo é conduzido também influencia diretamente a aceitação do diagnóstico, adesão ao tratamento e compreensão do prognóstico (Cenedesi Júnior, 2023). Em vista disso, a equipe de saúde temia que os familiares de Renato interpretassem a proposta da extubação paliativa como



abandono terapêutico, especialmente diante de comentários que demonstravam esperança na recuperação do paciente, dificultando a aceitação da terminalidade e dos objetivos dos cuidados paliativos.

Diante dessa circunstância, tornou-se necessário diferenciar a limitação de medidas fúteis do abandono terapêutico. A compreensão sobre a ortotanásia possibilitou que a morte ocorresse naturalmente, sem o prolongamento da vida por meio de intervenções invasivas, promovendo o alívio do sofrimento e a autonomia do paciente. Nesse contexto, a EP difere tanto do abandono terapêutico quanto da eutanásia, pois não objetiva antecipar a morte para aliviar o sofrimento. Assim, a EP não possui como finalidade abreviar a vida do paciente, mas permitir que o processo de morrer siga seu curso diante de um adoecimento em estágio avançado (Ribeiro et al., 2026).

Do mesmo modo, a compreensão dos cuidados paliativos pelos familiares foi outro desafio enfrentado nesse processo. A equipe buscou esclarecer os objetivos, limitações e possibilidades terapêuticas, promovendo uma construção gradual do entendimento acerca da irreversibilidade do quadro clínico. A resistência à aceitação da terminalidade, muitas vezes intensificada pelo desconhecimento sobre os princípios dos cuidados paliativos e pelo tabu em torno da morte, ainda representa um obstáculo significativo para a efetivação desses cuidados. Esse cenário frequentemente leva à crença equivocada de que medidas curativas ou intervenções agressivas seriam capazes de reverter o quadro ou evitar o óbito (Zanlorenzi et al., 2023).

Outro ponto a ser considerado é que o risco de obstinação terapêutica pode ser intensificado pela idade do paciente (D'Arco et al., 2016). Aos 30 anos, faixa etária geralmente associada ao crescimento pessoal, à formação de família e às conquistas profissionais, a terminalidade tende a gerar maior sofrimento emocional devido à percepção de projetos interrompidos, o que intensifica a angústia e dificulta a aceitação da morte (Oliveira et al., 2023). No caso de Renato, a irreversibilidade do quadro foi constatada quando ele já se encontrava inconsciente. Sua família, no entanto, vivenciou intensamente esse processo, oscilando entre aceitar a gravidade do quadro e manter a esperança de recuperação.

Durante o processo decisório, a participação ativa da família ajudou não somente a reduzir o sentimento de impotência e incerteza nesse momento crítico, como também a promover a autonomia dos envolvidos. Ademais, o conhecimento prévio sobre o desejo de Renato de não permanecer intubado em situações semelhantes possibilitou que os familiares enfrentassem esse momento com maior segurança, evitando decisões conflitantes e dilemas éticos adicionais (Pezzini et al., 2021). Dessa forma, o diálogo antecipado sobre preferências terapêuticas mostrou-se fundamental para reduzir inseguranças e dilemas éticos frequentemente vivenciados por famílias que não possuem esse tipo de conversa prévia.

Com a progressão da doença e a ausência de resposta a terapias curativas, a irreversibilidade do quadro impôs desafios emocionais significativos para os irmãos de Renato, que precisaram lidar com a angústia da perda iminente. A comunicação de um prognóstico irreversível pode desencadear reações emocionais intensas nos familiares, desde a primeira conversa até o processo de luto. Em cenários de alta carga emocional, como este, é comum



que o sofrimento psíquico dos familiares seja direcionado à equipe, o que pode gerar conflitos e dificultar a comunicação. Quando não manejada adequadamente, essa tensão pode intensificar o impacto emocional da perda e aumentar o risco de luto complicado.¹ Assim, a abordagem realizada pela equipe, associada ao suporte psicológico, contribuiu para reduzir conflitos, esclarecer dúvidas, construir expectativas realistas sobre a evolução do quadro e auxiliar na preparação para o luto.

A realização da extubação paliativa demandou uma organização cuidadosa para garantir a privacidade, o conforto do paciente e o suporte emocional aos familiares. A adequação do ambiente, o manejo eficaz da dor e o acompanhamento da equipe são fundamentais para que o processo de morrer ocorra de maneira digna (Pegoraro & Paganini, 2023). Nessa perspectiva, a dignidade no fim da vida não se restringe apenas ao controle de sintomas físicos. A possibilidade de despedida familiar, o respeito às manifestações religiosas e a construção de um ambiente acolhedor representam dimensões éticas relevantes, pois reconhecem o paciente como sujeito de relações, valores e história própria (Zanlorenzi et al., 2023).

A reunião com os irmãos de Renato antes da extubação foi essencial para orientá-los sobre o procedimento e possíveis desfechos, incluindo o óbito. Nesse contexto, a família teve de ser devidamente orientada sobre o que esperar durante a retirada do suporte ventilatório, recebendo informações sobre o controle dos sintomas e a importância de sua presença no momento da morte (Pezzini et al., 2021). Durante todo o procedimento, a equipe permaneceu presente, oferecendo apoio contínuo à família e garantindo todas as medidas de conforto até o último momento. A retirada do suporte ventilatório foi acompanhada de medidas para o alívio dos sintomas, como dispneia e desconforto respiratório, assegurando uma morte sem sofrimento.

O suporte pós-óbito oferecido pela equipe contribuiu para um luto menos complicado, reforçando a importância da continuidade do acolhimento familiar após a morte.² A reunião realizada com os familiares após o óbito permitiu o acolhimento das emoções e ofereceu esclarecimentos de dúvidas, fortalecendo o vínculo e auxiliando na aceitação do luto. Embora a família tenha experimentado frustração por não ter conseguido se despedir de Renato com a consciência preservada, sem ouvir suas últimas palavras, esse espaço de comunicação foi essencial para promover o entendimento sobre os objetivos da intervenção e validar os sentimentos da família.

Ainda que a extubação paliativa apresente benefícios importantes, sua realização demanda planejamento antecipado e protocolos bem estabelecidos. A identificação precoce da necessidade de cuidados paliativos pode evitar a ocupação desnecessária de leitos em UTIs e reduzir a incidência de distanásia. Assim, reconhecer o sofrimento precocemente e implementar medidas paliativas em tempo oportuno são essenciais para evitar a manutenção

¹ Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2023). *Cuidados paliativos na prática clínica: volume 2 – Últimos dias de vida*. Ministério da Saúde. https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/serie_cuidados_paliativos_volume_2_completo.pdf.

² Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2023). *Cuidados paliativos na prática clínica: volume 2 – Últimos dias de vida*. Ministério da Saúde. https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/serie_cuidados_paliativos_volume_2_completo.pdf.

de intervenções fúteis que conduzem a uma morte lenta, angustiante e dolorosa. Nesse sentido, os cuidados paliativos não devem ser vistos como um “último recurso”, mas como uma abordagem ativa e necessária desde o momento do diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida (Turra & Lazzari, 2024).

No caso de Renato, a atuação conjunta da equipe multiprofissional, composta por profissionais da UTI e residentes, garantiu um cuidado integral e humanizado, essencial no contexto dos cuidados paliativos. Nesse sentido, a residência multiprofissional, ao promover a integração entre distintas áreas do conhecimento e estimular o trabalho colaborativo, contribui para a formação de profissionais mais preparados para enfrentar desafios éticos e assistenciais nesse cenário (Medeiros et al., 2024). Investir na capacitação contínua e na valorização do cuidado paliativo como parte da assistência intensiva é essencial para garantir práticas alinhadas aos princípios da humanização e da dignidade no fim da vida (Zamarchi & Leitão, 2023).

Diante do exposto, observa-se que a extubação paliativa, quando realizada de maneira planejada e humanizada, é uma prática que respeita os princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, estando associada a maior satisfação familiar e menor incidência de depressão entre os enlutados (Lage et al., 2019). O caso de Renato reforça a necessidade de ampliar o conhecimento sobre os cuidados paliativos entre profissionais da saúde e a população em geral, incentivando a discussão sobre a incorporação desses cuidados ao longo de todo o curso das doenças crônicas. Dessa forma, é possível garantir uma assistência que priorize a qualidade de vida até o último momento, promovendo conforto, dignidade e suporte aos familiares no processo de luto.

Considerações finais

Este trabalho teve como objetivo analisar os aspectos bioéticos em torno da morte digna e os impactos subjetivos envolvidos na extubação paliativa a partir de um relato de experiência. O caso analisado evidenciou desafios enfrentados por profissionais e familiares na UTI diante da terminalidade, especialmente no que se refere à tomada de decisões que valorizem a dignidade do paciente em seus momentos finais. Entre os desafios enfrentados, destacam-se a resistência inicial da família em aceitar a terminalidade e o desconhecimento sobre os cuidados paliativos. O acompanhamento psicológico desempenhou um papel fundamental ao longo de todo o processo, tanto no suporte emocional aos familiares antes e durante a extubação quanto no manejo do luto após o óbito. A equipe multiprofissional, com apoio da psicologia, foi essencial na comunicação de notícias difíceis e na construção de um processo de morte mais humanizado, alinhado aos princípios dos cuidados paliativos e da ortotanásia.

A decisão pela extubação paliativa foi fundamentada nos princípios bioéticos da beneficência, ao priorizar o alívio do sofrimento; da não maleficência, ao evitar terapias fúteis que apenas prolongariam a morte sem benefícios concretos; da autonomia, ao respeitar os desejos prévios do paciente; e da justiça, ao assegurar que todas as decisões considerassem as necessidades do paciente e de sua família. Essa experiência reforça a importância do



respeito aos desejos do paciente e do acompanhamento cuidadoso da família, auxiliando-a a compreender a irreversibilidade do quadro e a lidar com a perda futura.

Embora este estudo contribua para a compreensão da extubação paliativa na UTI, suas limitações devem ser reconhecidas. Por se tratar de um relato de caso, seus achados não podem ser generalizados para outras realidades hospitalares. O uso do diário de campo como principal fonte de dados pode influenciar a interpretação das informações, e a impossibilidade de acessar a perspectiva do paciente restringe a compreensão de sua experiência subjetiva. Além disso, o caso se limita à visão da profissional de psicologia, sem aprofundar as percepções da equipe multiprofissional, o que requer cuidado na análise da dinâmica assistencial e do processo decisório. Ainda assim, o estudo contribui para a reflexão sobre os desafios éticos e emocionais da extubação paliativa e reforça a necessidade de integrar os cuidados paliativos de forma mais ampla à prática intensiva.

São necessários novos estudos que aprofundem a análise dos desafios éticos, clínicos e emocionais dessa prática, incluindo a percepção de profissionais de saúde e familiares, além de investigações comparativas em diferentes contextos hospitalares. Além disso, é fundamental a incorporação dos cuidados paliativos como parte essencial da assistência intensiva, com protocolos institucionais e capacitação continuada da equipe.

O prolongamento artificial da vida, sem perspectiva de recuperação, não deve ser confundido com o cuidado, mas sim com a postergação do sofrimento. Dessa forma, a extubação paliativa deve ser fortalecida como uma prática essencial para garantir que a morte ocorra com dignidade e respeito, oferecendo suporte adequado ao paciente, aos familiares e aos profissionais envolvidos no cuidado. Ao reconhecer a morte como parte do ciclo vital, é possível transformar a forma como lidamos com o fim da existência, promovendo um cuidado mais ético e humanizado.

Referências Bibliográficas

Beauchamp, T. & Childress, J. (2019). Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *The American journal of bioethics: AJOB*, 19(11), 9–12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>

Bezerra, T. P. P.; Nobre, T. T. X.; Pennafort, V. P. dos S.; Graça, J. R. V. da; Barra, I. P.; Holanda, G. de O. M. & Mendonça, A. E. O. de. (2024). Instrumentos para avaliação de pacientes hospitalizados em cuidados paliativos: Revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 29, e90754. <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.90754>

Cenedesi Júnior, M. A. (2023). Bioética aplicada aos cuidados paliativos: questão de saúde pública. *Revista Bioética*, 31, e3532PT. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233532PT>

D'Arco, C.; Ferrari, C. M. M.; Carvalho, L. V. B.; Priel, M. R. & Pereira, L. L. (2016, julho a setembro). Obstinação terapêutica sob referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. *O mundo da saúde*. 40(3), 382–389. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20164003382389>

Grabar, S. & Costagliola, D. (2021). Epidemiology of Kaposi's Sarcoma. *Cancers*, 13(22), 5692. <https://doi.org/10.3390/cancers13225692>



Ivankovics, I. G.; Vieira, G. dos S. R.; Faleiro, L. F.; Vieira, T. F. de M.; Romanini, W. G. B.; Nascimento, W. S.; Madueno Júnior, C. R. H.; Falqueti, A. B. & Nunes, R. (2023). Muerte digna en la unidad de cuidados intensivos: ¿cómo se ha llevado a cabo? *Acta Bioethica*, 29(2), 213-217. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2023000200213>

Lage, J. S. S.; Pincelli, A. S. M.; Furlan, J. A. S.; Ribeiro, D. L. & Marconato, R. S (2019). Extubação paliativa em unidades de emergência: relato de caso. *Bioética*, 27(2), 313-317. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272315>

Medeiros, A. V.; Forte, F. D. S. & Toassi, R. F. C. (2024). Educação interprofissional na residência multiprofissional em atenção primária à saúde: análise fenomenológica. *Saúde em Debate*, 48(143), e9167. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241439167P>

Minayo, M. C. de S. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (9ª ed.). Hucitec.

Natividade, T. do S. S.; Coelho, P. Y. C.; Aguiar, D. R. de; Silva, G. L. da; Silva, R. B. da & Soeiro, A. C. V. (2021). Extubação paliativa: reflexões bioéticas sobre cuidados em fim de vida. *Revista Bioética*, 29(3), 558–566. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293491>

Oliveira, E. M. L de; Oliveira, L. S. M.; Silva, V. do S. M. da; Sampaio, E. C. & Corrêa, V. A. C. (2023). Ocupações de um adulto jovem sob cuidados paliativos oncológicos no contexto hospitalar. *Refacs*, 11(1), e6037. <https://doi.org/10.18554/refacs.v11i1.6037>

Oliveira, S. & Lisboa, W. (2025). Comunicação de notícias difíceis no contexto brasileiro: revisão de escopo. *Revista bioética*, 33, e3785PT. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-803420253785PT>

Pegoraro, M. M. de O. & Paganini, M. C. (2023). Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. *Bioética*, 27(4), 699-709. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274353>

Pessini, L. & Siqueira, J. E de. (2019). Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida. *Revista Bioética*, 27(1), 29-37. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019271283>

Pezzini, T. R.; Fernandes, P. S.; Magalhães, L. R. & Merlini, A. B. (2021). Extubação paliativa: do conceito ao manejo – uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Medicina de Emergência*, 1(3), e21022. <https://doi.org/10.54143/jbmede.v1i3.11>

Ribeiro, C. R. S.; Araujo, L. M.; Real, J. C. R. V.; Cardoso, G. C.; Tavares, W. da S.; Laranjeira, R. de M.; Santos, F. V. T.; Silva, R. H.; Neves, L. M.; Machado, M. M. S.; Rosa, A. de L. K.; Soares, V. da S. N. & Moia, G. W. Dilemas éticos e desfechos clínicos da extubação paliativa em UTI: critérios de decisão. (2026). *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 8(4), 741-751. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n4p741-751>

Rossi, R.; Selbach, M. D. & Westphal, E. (2023). Cuidados paliativos na pandemia: ser humano diante de sua finitude. *Revista Bioética*, 31, e3300PT. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233300PT>

Santos, I. P.; Bezerra, L. M. L.; Santos, G. A.; Silva, J. A.; Oliveira, J. W.; Carvalho, D. M. & Freitas, R. M. L. (2024). Finitude e bioética no fim da vida: desafios éticos e considerações práticas no cuidado de pacientes terminais. *Revista Cedigma*, 2(3), 81-94. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13321545>



Silva, J. D. dos S.; Almeida, V. C. de & Corrêa, E. A. (2023). O mundo privado na UTI: análise da internação de pacientes oncológicos. *Psicologia: ciência e profissão*, 43, e255152. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003255152>

Turra, L. & Lazzari, D. D. (2024). Conhecimentos, atitudes e práticas de uma equipe multidisciplinar de residentes sobre cuidados paliativos. *Cuidado é fundamental*, 16, e-13072. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.13072>

Zamarchi, G. C. G. & Leitão, B. F. B. (2023). Estratégias educativas em cuidados paliativos para profissionais da saúde. *Revista Bioética*, 31, e3491PT. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233491PT>

Zanlorenzi, A. C.; Utida, A. R. S. & Perini, C. C. (2023). Aspectos bioéticos relacionados aos cuidados de fim de vida: uma revisão integrativa. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 23(1), 27-43. <https://doi.org/10.18359/rlbi.5590>

Submetido em: 30 de março de 2026

Aprovado em: 25 de maio de 2026

