



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 08, pp. 49309-49314, August, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.22675.08.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO DE RECÉM-NASCIDOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega¹, Fernanda Isabela Gondim Sarmento¹, Clébya Candeia de Oliveira Marques¹, Marcos Oliveira Dias Vasconcelos², Ticianne Alves Xavier¹, Giulyanna Karlla Arruda Bezerra¹ e Natale de Oliveira Carneiro Barros¹

¹Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil

²Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 19th May, 2021

Received in revised form

09th June, 2021

Accepted 17th July, 2021

Published online 26th August, 2021

Key Words:

Suspensão de Tratamento,
Recém-Nascido, Cuidados Paliativos.

*Corresponding author:

Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega

ABSTRACT

Objetivo: identificar os fatores relacionados à interrupção do tratamento de recém-nascidos em cuidados paliativos. **Método:** revisão integrativa realizada nas bases Web of Science, Scopus, Cochrane, Embase, MEDLINE via PubMed, Cinahl e Lilacs entre 2010 e 2021. **Resultados:** os 10 artigos analisados identificaram como principais condições precursoras dos cuidados paliativos neonatais alterações congênicas e cromossômicas, prematuridade e encefalopatia hipóxico-isquêmica. Como práticas associadas à suspensão do tratamento a maioria relatou a retirada de vasopressores e do suporte ventilatório, analgesia para conforto e presença dos pais durante o óbito. Todos os artigos mencionaram a participação dos pais e da equipe multiprofissional na tomada de decisão da interrupção do tratamento com tempo médio de sobrevivência do recém-nascido de 1 a 3 horas após a retirada do suporte de vida. **Conclusão:** A interrupção do tratamento de recém-nascidos em desafiador para os profissionais de saúde devido à escassez de protocolos e melhores evidências.

Copyright © 2021, Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega, Fernanda Isabela Gondim Sarmento, Clébya Candeia de Oliveira Marques et al. "Interrupção do tratamento de recém-nascidos em cuidados paliativos: uma revisão integrativa", *International Journal of Development Research*, 11, (08), 49309-49314.

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico na área da saúde nas últimas décadas tem favorecido a sobrevivência de recém-nascidos com condições clínicas complexas como a prematuridade extrema, malformações congênicas ou doenças raras, sendo inevitável a internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e a adoção de condutas invasivas de suporte à vida (Marçola, 2017). Nesse cenário, muitos desses pacientes evoluem para o óbito, percorrendo um processo de terminalidade sofrido e doloroso, onde as intervenções já não são mais curativas, pois não modificam o desfecho final, reforçando a importância do conhecimento e da abordagem dos Cuidados Paliativos na UTIN por parte das equipes de saúde (Silva, 2019). A definição dos Cuidados Paliativos Neonatais (CPN) evoluiu ao longo dos anos, passando de condutas focadas apenas no alívio da dor do RN para uma série de medidas de conforto, vínculo materno e valorização dos aspectos emocionais, psicológicos, sociais e espirituais, com um cuidado compreensivo centrado na família (Vilela, 2020).

A despeito do avanço nas discussões acerca dos CPN, ainda se observa bastante receio por parte de alguns médicos neonatologistas em relação à possibilidade de limitar terapias invasivas para RN com doenças ameaçadoras à vida, apesar do Código de Ética Médica (CEM) expor em vários artigos o dever do médico de oferecer cuidados paliativos aos pacientes com doenças incuráveis e terminais (Conselho Federal de Medicina, 2019). Nesse contexto, reforça-se a proibição no Brasil da prática de eutanásia e distanásia, o que permite ao médico abster-se de aplicar tratamentos fúteis/obstinação terapêutica que prolonguem o sofrimento do paciente. O compromisso ético e legal do médico, claramente, se dá com a atitude e não com o resultado das práticas, de modo que limitar ou suspender terapia fútil não se enquadra como homicídio ou eutanásia, visto que essas medidas não visam evitar ou prolongar a morte que é inexorável, mas apenas manter artificialmente a vida, sem nenhuma perspectiva curativa (Sarmento, 2020). No entanto, procedimentos de ressuscitação e medidas terapêuticas de prolongamento de vida de recém-nascidos muito graves e com prognóstico reservado tornam-se, muitas vezes, um ponto de tensão e controvérsia dentro do ambiente de UTIN, o que gera dúvidas quanto às decisões complexas sobre a

manutenção, retirada ou a não introdução de novas intervenções (Santana, 2020). Evidências reforçam que a falha em iniciar os cuidados paliativos precocemente pode contribuir para o sofrimento desnecessário dos neonatos, seus pais e família e resultar em angústia para os cuidadores, sendo recomendado que haja um equilíbrio entre a abordagem paliativa e a abordagem orientada para a cura (Kain, 2020). Diante da pertinência da temática, justifica-se a necessidade de trazer à tona a discussão a respeito da tomada de decisão das equipes de saúde no que tange à limitação ou suspensão de medidas terapêuticas de suporte invasivo empregadas em RN em CPN, considerando as condições clínicas, os aspectos éticos e o envolvimento dos familiares nesse processo. Nesse sentido, o objetivo desta revisão foi identificar quais os fatores relacionados à interrupção do tratamento de recém-nascidos em cuidados paliativos.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja finalidade é sintetizar os resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, constituindo, assim, um corpo de conhecimento que contempla a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos (Ercole, 2014). O percurso metodológico envolveu seis etapas: (1) identificação do tema e elaboração da pergunta condutora da pesquisa; (2) busca dos estudos nas bases de dados pré-determinadas com base nos critérios de inclusão e exclusão; (3) identificação, organização e análise das informações extraídas dos estudos pré-selecionados; (4) categorização e análise crítica dos estudos selecionados para compor a revisão integrativa; (5) análise, interpretação e discussão dos resultados encontrados e (6) apresentação da revisão da literatura (Botelho, 2011). A pergunta condutora foi elaborada a partir da estratégia PICO, na qual "P" refere-se à população do estudo (recém-nascidos); "I" à intervenção estudada ou à variável de interesse (cuidados paliativos); "C" à comparação com outra intervenção (não utilizado neste estudo) e "O" refere-se ao desfecho de interesse (interrupção do tratamento), sendo esta: "quais os fatores relacionados à interrupção do tratamento de recém-nascidos em Cuidados Paliativos?"

Os estudos foram localizados a partir da busca avançada realizada entre os meses de maio e junho de 2021 nas bases de dados Web of Science, Scopus, Cochrane, Embase, MEDLINE via PubMed, Cinahl e Lilacs a partir da combinação dos descritores DeCS/MeSH "PalliativeCare", "IntensiveCareUnits, Neonatal" e "WithholdingTreatment", adaptada para cada base, por meio do operador booleano "AND". Como critérios de inclusão foram considerados os estudos originais que respondessem à questão de pesquisa, com textos disponíveis na íntegra, publicados em português, inglês ou espanhol entre os anos de 2010 e 2021, classificados nos níveis de evidência 1c, 1d, 2c, 2d, 3c, 3d, 3e, 4b e 4c, de acordo com a Classificação do Instituto Joanna Briggs (Peters, 2015): Nível 1 Desenhos de pesquisas experimentais - 1a) Revisão sistemática de ensaios randomizados controlados, 1b) Revisão sistemática de ensaios randomizados, controlados e outros desenhos de estudo, 1c) Ensaio controlado randomizado, 1d) Pseudoensaios controlados, randomizados; Nível 2 Desenhos quase-experimentais - 2a) Revisão sistemática de estudos quase-experimentais, 2b) Revisão sistemática de quase-experimento e outros desenhos de estudo de menor evidência, 2c) Estudos prospectivamente controlados de quase-experimentos, 2d) Pré-teste e pós-teste ou estudos de grupos controlados históricos retrospectivos; Nível 3 Observacionais analíticos - 3a) Revisão sistemática de estudos de coortes comparáveis, 3b) Revisão sistemática de coortes comparáveis e outros desenhos de estudo de menor evidência, 3c) Estudo de coorte com grupo controle, 3d) Estudo de caso-controle, 3e) Estudos observacionais sem um grupo controle; Nível 4 Observacionais descritivos - 4a) Revisão sistemática de estudos descritivos, 4b) Estudo transversal, 4c) Séries de casos, 4d) Estudo de caso; Nível 5 Opinião de especialistas e pesquisas de bancada em laboratório - 5a) Revisão sistemática de opinião de especialistas, 5b) Consenso de especialistas, 5c) Pesquisa de bancada de laboratório/opinião de um

especialista. Foram excluídos os artigos que não responderam à pergunta condutora, os duplicados, indisponíveis na íntegra ou não originais, bem como os que não atenderam aos níveis de evidência exigidos. Para sistematizar a seleção dos artigos adotou-se o modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Moher, 2010). A categorização dos dados de cada estudo incluído foi feita a partir de um instrumento próprio, contemplando os aspectos: título do artigo, autoria, nome do periódico, país de origem, ano da publicação, idioma da publicação, tipo de estudo, objetivo, população alvo, principais resultados e conclusão. Esses dados foram analisados de forma descritiva e organizados em quadros, contemplando e comparando as evidências de cada estudo acerca da temática estudada.

RESULTADOS

A busca nas bases de dados evidenciou 69 estudos, dos quais mais da metade repetiam-se entre elas. Cochrane, Embase e Lilacs não identificaram nenhum estudo para a combinação de descritores utilizada. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão no decorrer das etapas, foram selecionados 10 artigos para compor a revisão integrativa, todos publicados em inglês, indexados na base de dados Web of Science. A figura 1 apresenta o fluxo desde a identificação até a seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa.



Fonte: elaboração própria, 2021.

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborado a partir da recomendação PRISMA. João Pessoa, PB, Brasil, 2021

O quadro 1 apresenta a distribuição dos artigos selecionados de acordo com os dados de identificação da publicação (título, autores e periódico), local e ano em que se desenvolveram as pesquisas, seu delineamento e a classificação quanto ao nível de evidência. O quadro 2 apresenta os achados relativos a cada estudo, no que concerne a identificação de condições clínicas precursoras da interrupção das medidas de suporte à vida, bem como às práticas de final de vida associadas à suspensão do tratamento de recém-nascidos em cuidados paliativos. Os fatores envolvendo a tomada de decisão acerca da interrupção do tratamento nos recém-nascidos em cuidados paliativos identificadas nos estudos selecionados estão detalhadas no quadro 3.

DISCUSSÃO

O reduzido número de artigos que compõem esta revisão integrativa reflete a escassez na literatura de estudos que abordem os cuidados paliativos no âmbito da Neonatologia. Apesar das questões humanas, éticas e filosóficas que permeiam a temática, a carência literária vigente, sobretudo no cenário nacional, também é consequência do pequeno número de programas de CP firmemente estabelecidos em UTIs Neonatais.

Quadro 1. Distribuição dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo título, autores, país de origem do estudo e ano de publicação, periódico onde foi publicado e delineamento do estudo

Nº	Título	Autores	Periódico	País/ano	Tipo de estudo	Nível de evidência
1	Comparison of End-of-Life Care Practices Between Children With Complex Chronic Conditions and Neonates Dying in an ICU Versus Non-ICUs: A Substudy of the Pediatric End-of-Life Care Needs in Switzerland (PELICAN) Project*(12)	Ramelet AS, Bergstraesser E, Grandjean C et al.	PediatricCriticalCare Medicine	Suíça 2020	Descritivo retrospectivo	4b
2	End-of-lifedecisionsandpractices for verypreterm infants in theWallonia-Brussels Federation ofBelgium(13)	Aujoulat, I; Henrard, S; Charon, A et al.	BMC Pediatrics	Bélgica 2018	Descritivo	4b
3	Formal procedure tofacilitatethedecisiontowithholdorwithdrawlife-sustaininginterventions in a neonatal intensivecareunit: a seven-yearretrospectivestudy(14)	Sorin, G; Vialet, R; Tosello, B.	BMC PalliativeCare	França 2018	Descritivo retrospectivo	4b
4	Children'soutcomesat 2-year follow-up after 4 yearsofstructuredmulti-professional medical-ethicaldecision-making in a neonatal intensivecareunit(15)	Boer, JC; Gennissen, L; Williams, M; et al.	JournalofPerinatology	Holanda 2017	Observacional exploratório	4b
5	A descriptive report of end-of-life care practices occurring in two neonatal intensive care units(16)	Lam V, Kain N, Joynt C, et al.	Palliative Medicine	Canadá 2016	Coorte retrospectivo	3e
6	Neonatal deaths: prospectiveexplorationofthe causes andprocessofend-of-lifedecisions(17)	Hellmann, J; Knighton, R; Lee, SK; et al.	ArchivesofDisease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition	Canadá 2016	Prospectivo observacional	3e
7	Impactof a palliativecareprogramonend-of-lifecare in a neonatal intensivecareunit(18)	Younge, N; Smith, PB; Goldberg, RN; et al.	JournalofPerinatology	Estados Unidos 2015	Descritivo retrospectivo	4b
8	The outcomeoftreatmentlimitationdiscussions in newbornswithbraininjury(19)	Brecht, M; Wilkinson, DJC.	ArchivesofDisease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition	Austrália 2015	Coorte retrospectivo	3e
9	Neonatal End-of-LifeCare: A Single-Center NICU Experience in Israel Over a Decade(20)	Eventov-Friedman, S; Kanevsky, H; Bar-Oz, B.	Pediatrics	Israel 2013	Coorte retrospectivo	3e
10	Endoflife in the neonatal intensivecareunit(21)	Moura, H; Costa, V; Rodrigues, M et al.	Clinical Science	Portugal 2011	Descritivo retrospectivo	4b

Fonte: elaboração própria, 2021.

Quadro 2. Distribuição dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo identificação de critérios clínicos precursores e práticas associadas à suspensão do tratamento de recém-nascidos em cuidados paliativos

Nº	Condições clínicas precursoras da suspensão do tratamento	Práticas associadas à suspensão do tratamento
1	Complicações originárias do período perinatal, alterações congênicas e cromossômicas, neoplasias e doenças do sistema nervoso.	Retirada de vasopressor previamente à retirada do suporte ventilatório.
2	Malformação significativa, corioamnionite ou outra infecção perinatal, baixo peso ao nascer, sinais de sofrimento fetal agudo, prognóstico de baixa sobrevida ou má qualidade de vida em consequência da morbidade.	Uso de drogas analgésicas e sedativos, contato pele a pele, contenção terapêutica do movimento para alívio do estresse, presença dos pais e uso de protocolos individualizados.
3	Encefalopatia hipóxico-isquêmica severa, anomalias congênicas, sepse e outras injúrias neurológicas.	Uso de morfina e hipnóticos.
4	Baixos idade gestacional, peso ao nascer e APGAR, insuficiência respiratória, anomalias congênicas e asfixia perinatal.	Não documentado.
5	Encefalopatia hipóxico-isquêmica, prematuridade ou nascimento a termo associados a anomalia ou síndrome congênita, prognóstico ruim ou baixa qualidade de vida percebida, falta de opções de tratamento ou situação de deterioração clínica apesar do tratamento.	Presença dos pais durante ou após a retirada de ventilação mecânica, desligamento do monitor cardiorrespiratório, batizado antes da morte e retirada de analgésicos e sedativos antes da retirada do suporte de vida.
6	Prematuridade extrema, hemorragia intraventricular, causas pulmonares agudas, causas gastrintestinais incluindo enterocolite necrotizante, asfixias, anomalias cromossômicas e cardiovasculares congênicas, síndromes e malformações, morte inevitável mesmo na vigência de tratamento e prognóstico de sobrevivência com baixa qualidade de vida.	Prioridade de retirada do suporte ventilatório sobre a retirada de vasopressores, analgesia prévia à retirada do suporte de vida.
7	Complicações da prematuridade, anomalias congênicas, encefalopatia hipóxico-isquêmica e insuficiência respiratória.	Retirada do suporte ventilatório, uso de morfina e benzodiazepínicos e administração de bloqueadores neuromusculares no último dia de vida, a pedido dos pais, como parte de um pacote de cuidados paliativos.
8	Hemorragia peri/intraventricular moderada ou grave e encefalopatia hipóxico-isquêmica.	Retirada do suporte ventilatório, suspensão da reintubação, do CPAP e das manobras de ressuscitação cardiorrespiratórias e presença dos pais durante o óbito.
9	Idade gestacional, complicações respiratórias, hemorragia intraventricular severa, sepse, enterocolite necrotizante e malformações congênicas.	Parâmetros ventilatórios não modificados apesar de hipóxia ou hiper carbacia, ausência de compressões torácicas ou administração adicional de vasopressores e drogas de ressuscitação e suspensão de intervenções cirúrgicas.
10	Não documentado.	Uso de escala de avaliação de dor neonatal, uso de opioides e sedativos, visita livre para irmãos e outros membros da família, permissão de visita de capelão e presença dos pais durante o óbito.

Fonte: elaboração própria, 2021.

Quadro 3. Distribuição dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo critérios envolvendo a tomada de decisão sobre interrupção do tratamento de recém-nascidos em cuidados paliativos

Nº	Ordem de não-reanimar documentada em prontuário	Participação dos pais na tomada de decisão da suspensão do tratamento	Participação da equipe de saúde na tomada de decisão da suspensão do tratamento	Tempo médio entre a suspensão do tratamento e o óbito
1	Sim	Sim	Equipe multiprofissional e equipe especializada em CP, quando disponível	3 horas
2	Sim	Sim	Neonatólogistas, enfermeiras, psicólogas e outros médicos especialistas	Não informado
3	Não	Sim	Médicos e enfermeiras	Não informado
4	Não	Sim	Equipe multiprofissional	Não informado
5	Não	Sim	Não informado	2 horas
6	Não	Sim	Equipe multiprofissional	1 hora
7	Não	Sim	Equipe multiprofissional	1 hora
8	Não	Sim	Não informado	Não informado
9	Não	Sim, com possibilidade de incluir outras pessoas escolhidas pela família como um religioso ou autoridade.	Enfermeiras, assistentes sociais e médicos de outras áreas	Não informado
10	Não	Sim	Equipe multiprofissional	Não informado

Fonte: elaboração própria, 2021.

A maioria dos estudos incluídos se desenvolveu em países nos quais há uma maior conscientização dos profissionais de saúde, comunidades locais e sociedade em geral acerca dos CP e onde o impacto dessa modalidade de cuidado nas políticas de saúde é substancial. Austrália, Bélgica, Canadá, Estados Unidos, França, e Suíça, segundo a World PalliativeCare Alliance, encontram-se em uma fase adiantada de integração dos CP nos serviços de saúde tradicionais, além de possuírem centros educativos certificados (Thomas, 2011). Dentro de um contexto ético e legal, a discussão ou pretensão em interromper o suporte de vida acontece diante de uma patologia inevitavelmente fatal ou em situações onde a sobrevivência é possível, porém com perda maciça na qualidade de vida do paciente (Downar, 2016). Houve uma semelhança em todos os estudos identificados no tocante às patologias e condições clínicas precursoras da interrupção do tratamento em recém-nascidos, bem como uma concordância com os achados na literatura referentes aos pacientes neonatais elegíveis para uma abordagem paliativa (Marçola, 2017; Wang, 2016; Jiang, 2020). Nesse sentido, as equipes de saúde devem estar capacitadas para reconhecer os sinais de terminalidade e desempenhar seus papéis de acordo com os princípios que regem os CP. O limiar temporal que marca a suspensão de terapias curativas fúteis e dolorosas para a instituição de medidas de conforto é um excelente marcador da qualidade dos cuidados paliativos prestados ao neonato, entretanto sujeita-se aos desejos e ansiosos, bem como aos preceitos éticos, psicossociais, religiosos e culturais que envolvem os familiares e as equipes de saúde.

A suspensão das medidas de suporte à vida geralmente é um procedimento breve, que deve ser bem planejado e conduzido, uma vez que os pacientes podem evoluir com dispneia, dor, retenção de secreções nas vias aéreas e outros sintomas angustiantes, sendo imprescindível que toda a equipe e os familiares que desejem acompanhar o processo estejam preparados para o que irão testemunhar (Launes, 2011). Os artigos inseridos nesta revisão integrativa apontaram uma diversidade de práticas adotadas nas UTINs associadas à interrupção das terapias fúteis, que refletem a intenção de minimizar a dor ou outros sintomas desconfortáveis, como a administração de analgésicos e sedativos, bem como valorizam os aspectos psicossociais, espirituais e familiares no fim da vida. Apenas um estudo mencionou a prática de contenção terapêutica como medida de conforto durante a suspensão do tratamento e um outro referiu o uso de escala para avaliação da dor do recém-nascido frente a esse procedimento (Peters, 2015), sugerindo a predominância da subjetividade na avaliação da dor e do conforto do recém-nascido, os quais muitas vezes estão totalmente condicionados à terapêutica medicamentosa. Além disso, ferramentas para medir a dor em bebês têm muitas limitações e o reconhecimento de dor e angústia por meio de alguns critérios pode ser difícil (Mancini, 2014). O uso de drogas é amplamente difundido como medida de conforto em pacientes que estão em CP, entretanto, a ausência de diretrizes quanto ao uso após a retirada do suporte intensivo causa apreensão nas equipes devido aos

seus potenciais efeitos adversos limitantes da vida. Uma pesquisa realizada em UTINs do Reino Unido evidenciou o uso de sedativos e analgésicos para aliviar a dor e o desconforto nos CPN, sendo a morfina usada por todas as unidades pesquisadas e o midazolam a segunda droga mais utilizada, sobretudo como adjuvante da morfina, não havendo consenso quanto ao gerenciamento das doses (Chaudhary, 2012). Verhagen et al. (2009) chamam a atenção para o uso de bloqueadores neuromusculares para evitar ou eliminar a respiração ofegante após extubação, a partir do consentimento dos pais, destacando a ilegalidade da prática em quase todos os países devido ao seu efeito na supressão das respirações, gerando uma linha tênue entre o alívio de sintomas e a indução da morte do paciente.

Apesar da oxigenoterapia ser uma opção para o alívio da dispneia, a maioria dos estudos relataram o uso de analgesia opiácea em associação à retirada do suporte ventilatório mecânico, com algumas divergências no tocante ao momento em que a analgesia é instituída ou otimizada (antes ou após a desconexão do ventilador). Uma pesquisa acerca da remoção do suporte ventilatório em situações de fim de vida de pacientes em UTIN evidenciou que a maioria dos recém-nascidos recebeu medicação para dor após a retirada do ventilador, com sobrevivência variando entre 5 minutos e 10 dias após a descontinuação da ventilação mecânica (Abe, 2001). O tempo de sobrevivência do recém-nascidos após retirada do suporte de vida mostrou-se semelhante entre os estudos que trataram desse aspecto (Marçola, 2017; Sarmiento, 2020; Santana, 2019; Kain, 2020). Menos que a metade dos estudos referiram a presença dos pais durante as práticas de interrupção do tratamento (Silva, 2019; Sarmiento, 2020; Ercole, 2014; Peters, 2015). O Guia Prático para o manejo dos Cuidados Paliativos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal³⁰ recomenda que, no caso da presença dos pais no momento de retirada do suporte ventilatório, ofereça-se a oportunidade de que eles segurem a criança no colo e que haja um esclarecimento prévio sobre a forma como o procedimento será executado, destacando a possibilidade de que a morte não seja imediata. Além disso, recomenda outros cuidados prévios à extubação, como a aspiração da sonda nasogástrica, desligamento dos alarmes do ventilador e dos monitores e a aspiração do tubo endotraqueal. Uthaya et al. (2014) são favoráveis à interrupção da monitorização invasiva da pressão arterial e dos exames de sangue e ao desligamento do monitoramento eletrônico dos sinais vitais previamente à desconexão do ventilador mecânico, mas que o recém-nascido seja submetido a exame físico e ausculta da frequência cardíaca de forma intermitente. Dentre as práticas associadas a suspensão do tratamento nos RN, poucos artigos incluídos nesta revisão relataram a interrupção do uso de drogas vasoativas (Ramelet et al., 2014; Hellmann, 2016; Eventov-Friedman, 2013). O uso de vasopressores no período pós-natal imediato é frequente em recém-nascidos extremamente prematuros, porém seu uso prolongado aumenta consideravelmente o risco de lesões cerebrais e de deficiência a longo prazo, além de aumentar a mortalidade nessa população (Dempsey, 2014).

Frente a condições de terminalidade, essa terapêutica torna-se fútil, uma vez que não é mais usada numa perspectiva curativa, estando em desacordo com a preservação do bem-estar preconizada pelos CP. Entretanto, em muitas situações, os neonatologistas se sentem inseguros quanto a irreversibilidade do mal prognóstico, o que, aliado a falta protocolos ou serviços especializados em CP nas instituições, acabam por induzir à obstinação terapêutica. O estudo de Aujoulat (Janvier, 2014) realizado na Bélgica com 58 neonatologistas verificou que a maioria deles apoia o desenvolvimento de um protocolo que oriente as equipes em suas decisões e práticas, desde que não interfira na possibilidade de individualização do cuidado, demonstrando uma tendência ao erro por excesso de cautela. Todos os estudos incluídos nesta revisão contemplaram a participação dos pais na tomada de decisão acerca da interrupção do tratamento de seus filhos em virtude do agravamento das condições clínicas e da situação de terminalidade. Janvier, Barrington e Farlow (Janvier, 2014) destacam a importância da identificação de condições ameaçadoras à vida antes do nascimento, de modo que a comunicação dos profissionais de saúde com os futuros pais ocorra precocemente, de maneira individualizada, imparcial e empática, possibilitando esclarecimentos acerca dos potenciais riscos à continuidade da vida do bebê. A sistematização do planejamento terapêutico a partir de protocolos ou diretrizes clínicas permite organizar os eventos de maneira sequenciada, facilitando a contemplação da situação de irreversibilidade da doença e a construção compartilhada do plano de cuidados por parte das equipes e familiares (Oliveira, 2021). A participação da equipe multidisciplinar nas reuniões de discussão dos casos, relatada em quase todos os estudos encontrados, reforça a importância do aspecto holístico frente a complexidade e heterogeneidade dos fenômenos que permeiam o processo da terminalidade. Durante esse momento deve haver uma ponte entre as convicções racionais e informativas dos neonatologistas e a necessidade de apoio humano dos pais, de modo que a abordagem multidisciplinar coloque os interesses do recém-nascido e de sua família acima dos interesses próprios da equipe (Soares, 2013). Os profissionais de saúde que prestam cuidados diretos ao recém-nascido em cuidados paliativos, além dos devidos conhecimentos técnicos, precisam de formação contínua e adequada na área, a fim de desenvolver competências no âmbito da comunicação de más notícias e identificação das necessidades da família no que tange aos aspectos psicossociais e espirituais, durante todo o processo de adoecimento e acompanhamento do luto.

CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa buscou sanar uma lacuna do conhecimento existente acerca dos Cuidados Paliativos Neonatais, no que concerne a interrupção do tratamento frente a condições de irreversibilidade clínica e terminalidade. Por se tratar de uma temática recente, obteve-se uma quantidade reduzida de estudos frente às estratégias de busca utilizadas. As práticas associadas à suspensão do tratamento nos recém-nascidos mencionadas nos artigos analisados destacaram os aspectos técnicos dos cuidados intensivos. Em contrapartida, não foram mencionadas ou aprofundadas questões relativas ao suporte social, psicossocial, espiritual e jurídico ofertado às famílias durante o período de terminalidade e o luto. Sugere-se que, na busca das melhores práticas de fim de vida na população neonatal, os profissionais de saúde valorizem tais particularidades que são inerentes aos cuidados paliativos. Considerando os aspectos humanos, éticos e legais que permeiam a tomada de decisão de se interromper o suporte de vida a um recém-nascido em processo de terminalidade, os estudos mostraram que se têm buscado cada vez mais a inserção e valorização da participação dos pais quanto às escolhas das condutas de fim de vida, não prescindindo de que sejam repassadas informações claras, detalhadas e equilibradas a fim de que as discussões sejam individualizadas e personalizadas. A recusa ou a retirada de suporte de vida de recém-nascidos em CP envolve um clima emocional intenso, no qual os profissionais de saúde são frequentemente desafiados a lidar com dilemas éticos e onde a busca pelos interesses do paciente deve preceder à aplicação deliberada de técnicas fúteis. Tais práticas devem fazer parte de um plano geral de

cuidados de fim da vida que contemple os princípios e diretrizes dos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

1. Marçola L, Macedo de Barbosa SM, Zoboli I, Polastrini RTV, Cecon MEJ. Análise dos óbitos e cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Paul. Pediatr.* 2017;35(2):125-9.
2. Silva BEM, Silva, MJM, Silva, DM. Percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos neonatais. *Rev. Bras. de Enferm.* 2019;72(6):1787-94.
3. Vilela, BMF. Cuidados Paliativos Peri e Neonatais – a propósito de um caso clínico [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa; 2020.
4. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2019.
5. Sarmento, FIG. Representações sociais, cuidados paliativos e morte em neonatologia [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2020.
6. Santana VTS. Indicação de cuidados paliativos neonatais: necessidade de uma diretriz? *Resid. Pediatr.* 2019;9(3):3-14.
7. Kain VJ, Chin SD. Conceptually Redefining Neonatal Palliative Care. *Adv. Neonatal. Care.* 2020;20(3):187-95.
8. Ercole, FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *REME Rev. Min. Enferm.* 2014;18(1):9-12.
9. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *GeS.* 2011;5(11):121-36.
10. Peters MDJ, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Khalil H, Parker D. The Joanna Briggs Institute reviewers manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. Adelaide: JBI; 2015.
11. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and metaanalyses: the PRISMA statement. *Int J Surg.* 2010;8(5):336-41.
12. Ramelet AS, Bergstraesser E, Grandjean C, Dorsaz A, Fahrni-Nater P, Cignacco E, et al. Pediatric End-of-Life Care Needs in Switzerland (PELICAN) Consortium. Comparison of End-of-Life Care Practices Between Children With Complex Chronic Conditions and Neonates Dying in an ICU Versus Non-ICUs: A Substudy of the Pediatric End-of-Life Care Needs in Switzerland (PELICAN) Project. *Pediatr Crit Care Med.* 2020;21(5):e236-e46.
13. Aujoulat I, Henrard S, Charon A, Johansson AB, Langhendries JP, Mostaert A, et al. End-of-life decisions and practices for very preterm infants in the Wallonia-Brussels Federation of Belgium. *BMC Pediatr.* 2018;18(1):206.
14. Sorin G, Vialet R, Tosello B. Formal procedure to facilitate the decision to withhold or withdraw life-sustaining interventions in a neonatal intensive care unit: a seven-year retrospective study. *BMC Palliat Care.* 2018;17(76).
15. de Boer JC, Gennissen L, Williams M, van Dijk M, Tibboel D, Reiss I, et al. Children's outcomes at 2-year follow-up after 4 years of structured multi-professional medical-ethical decision-making in a neonatal intensive care unit. *J Perinatol.* 2017;37(7):869-74.
16. Lam V, Kain N, Joynt C, van Manen MA. A descriptive report of end-of-life care practices occurring in two neonatal intensive care units. *Palliat Med.* 2016;30(10):971-8.
17. Hellmann J, Knighton R, Lee SK, Shah PS; Neonatal deaths: prospective exploration of the causes and process of end-of-life decisions. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2016;101(2):F102-7.
18. Younge N, Smith PB, Goldberg RN, Brandon DH, Simmons C, Cotten CM, et al. Impact of a palliative care program on end-of-life care in a neonatal intensive care unit. *J Perinatol.* 2015; 35(3):218-22.

19. Brecht M, Wilkinson DJ. The outcome of treatment limitation discussions in newborns with brain injury. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2015;100(2):F155-60.
20. Eventov-Friedman S, Kanevsky H, Bar-Oz B. Neonatal end-of-life care: a single-center NICU experience in Israel over a decade. *Pediatrics.* 2013;131(6):e1889-96.
21. Moura H, Costa V, Rodrigues M, Almeida F, Maia T, Guimarães H. End of life in the neonatal intensive care unit. *Clinics (Sao Paulo).* 2011;66(9):1569-72.
22. Thomas L, David C, Stephen C. Mapping of Palliative Care Development: A Global Update Worldwide Palliative Care Alliance. 2011.
23. Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, Kenny L. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. *Intensive Care Med.* 2016; 42(6):1003-17.
24. Wang CH, Du LZ, Ma XL, Shi LP, Tong XM, Liu H, et al. Analysis of In-hospital Neonatal Death in the Tertiary Neonatal Intensive Care Unit in China: A Multicenter Retrospective Study. *Chin Med J (Engl).* 2016; 129(22):2652-8.
25. Jiang S, Yan W, Li S, Zhang L, Zhang Y, Shah PS, et al. Mortality and Morbidity in Infants <34 Weeks' Gestation in 25 NICUs in China: A Prospective Cohort Study. *Front Pediatr.* 2020;13(8):33.
26. Launes C, Cambra FJ, Jordán I, Palomeque A. Withholding or withdrawing life-sustaining treatments: an 8-yr retrospective review in a Spanish pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med.* 2011; 12(6):e383-5.
27. Chaudhary R, Silwal A, Gupta A, Kelsall W. Drugs used for comfort care after withdrawal of intensive treatment in tertiary neonatal units in the UK. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012;97(6):F487.
28. Verhagen AA, Dorscheidt JH, Engels B, Hubben JH, Sauer PJ. Analgesics, sedatives and neuromuscular blockers as part of end-of-life decisions in Dutch NICUs. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2009;94(6):F434-8.
29. Abe N, Catlin A, Mihara D. End of life in the NICU. A study of ventilator withdrawal. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2001;26(3):141-6.
30. Mancini A, Uthaya S, Beardsley C, Wood D, Modi N. Practical guidance for the management of palliative care on neonatal units. 2014.
31. Uthaya S, Mancini A, Beardsley C, Wood D, Ranmal R, Modi N. Managing palliation in the neonatal unit. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2014; 99(5):F349-52.
32. Dempsey EM, Barrington KJ, Marlow N, O'Donnell CP, Miletin J, Naulaers G, et al. Management of hypotension in preterm infants (The HIP Trial): a randomised controlled trial of hypotension management in extremely low gestational age newborns. *Neonatology.* 2014;105(4):275-81.
33. Janvier A, Barrington K, Farlow B. Communication with parents concerning withholding or withdrawing of life-sustaining interventions in neonatology. *Semin Perinatol.* 2014;38(1):38-46.
34. Oliveira, NF. In: Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 3 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.
35. Soares C, Rodrigues M, Rocha G, Martins A, Guimarães H. Fim de vida em neonatologia. *Acta Med Port.* 2013;26(4):318-26.
