Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Extubação paliativa em cuidados intensivos

Palliative extubation in intensive care

Extubación paliativa en cuidados intensivos

Caio Henrique Oliveira Pinto Brandão[1], José Roberto da Silva Júnior[1,3], Lívia Montarroios de Oliveira[2], Maria Luiza Sartori Gurgel[4], Adriele Camile de Souza Alves[4], Alex Sandro Rolland Souza[1,4,5].

RESUMO

Objetivo: Analisar sobre extubação paliativa em unidades de terapia intensiva (UTI), considerando fundamentos clínicos, tomada de decisão, manejo de sintomas, suporte familiar, desafios assistenciais e lacunas de pesquisa. **Revisão bibliográfica:** A literatura a descreve como estratégia associada a cenários de irreversibilidade clínica, envolvendo retirada da ventilação mecânica sem expectativa proporcional de recuperação, mas acompanhada de manejo ativo de sintomas, comunicação estruturada com familiares e suporte multiprofissional. Observa-se que adultos e crianças apresentam diferenças nas estratégias de retirada do suporte ventilatório e na monitorização do conforto, com predomínio de estudos observacionais, series de casos e produções monocêntricas na literatura disponível. **Considerações finais:** A extubação paliativa é uma prática clínica crescente, mas carece de estudos com maior robustez metodológica. Percebe-se que a produção científica disponível permanece limitada e heterogênea, porém evidencia eixos consistentes relacionados à tomada de decisão compartilhada, controle de sintomas, suporte familiar e organização institucional, capazes de subsidiar futuras pesquisas.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Unidades de terapia intensiva, Extubação, Respiração artificial.

ABSTRACT

Objective: To analyze palliative extubation in intensive care units (ICU), considering clinical foundations, decision-making, symptom management, family support, care-related challenges and research gaps. **Bibliographic review:** The literature describes it as a strategy associated with clinical irreversibility, involving withdrawal of mechanical ventilation without proportional expectation of recovery, while requiring active symptom control, structured communication with family members, and multidisciplinary support. It is observed that adults and children exhibit differences in strategies for weaning from ventilatory support and in comfort monitoring, with a predominance of observational studies, case series, and single-center studies in the available literature. **Final considerations:** Palliative extubation is a growing clinical practice, but one that lacks studies with greater methodological robustness. It is noticeable that the available scientific production remains

[1] Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife – PE.
[2] Universidade de Pernambuco (UPE), Recife – PE.
[3] Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife – PE.
[4] Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Recife – PE.
[5] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife – PE.

SUBMETIDO EM: 6/2026 | **ACEITO EM: 8/2026** | **PUBLICADO EM: 9/2026**

limited and heterogeneous, but it shows consistent themes related to shared decision-making, symptom control, family support, and institutional organization, capable of supporting future research.

Keywords: Palliative care, Intensive care units, Airway extubation, Artificial respiration.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la extubación paliativa en las unidades de cuidados intensivos (UCI), considerando los fundamentos clínicos, la toma de decisiones, el manejo de síntomas, el apoyo a la familia, los desafíos asistenciales y lagunas en la investigación. **Revisión bibliográfica:** La literatura la describe como estrategia relacionada con escenarios de irreversibilidad clínica, caracterizada por retirada de la ventilación mecánica sin expectativa proporcional de recuperación, pero acompañada de manejo activo de síntomas, comunicación estructurada con familiares y apoyo multidisciplinario. Se observa que adultos y niños presentan diferencias en las estrategias de retirada del soporte ventilatorio y monitorización del confort, con un predominio de estudios observacionales, series de casos y estudios unicéntricos en la literatura disponible. **Consideraciones finales:** La extubación paliativa es una práctica clínica en crecimiento, pero carece de estudios con mayor solidez metodológica. Se observa que la producción científica disponible sigue siendo limitada y heterogénea, pero muestra temas recurrentes relacionados con la toma de decisiones compartida, control de síntomas, apoyo familiar y organización institucional, capaces de sustentar futuras investigaciones.

Palabras clave: Cuidados paliativos, Unidades de cuidados intensivos, Extubación traqueal, Respiración artificial.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos deixaram de ser compreendidos como uma prática restrita às últimas horas de vida e passaram a integrar, de forma mais ampla, a atenção centrada na pessoa ao longo de doenças ameaçadoras da vida (GOMES ALZ e OTHERO MB, 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS) os define como uma estratégia voltada à promoção da qualidade de vida de pacientes e familiares, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicossocial e espiritual (OMS, 2020). Apesar disso, estima-se que apenas uma parcela reduzida das pessoas que necessitam dessa assistência tenha acesso efetivo a ela, principalmente em contextos de maior complexidade clínica e institucional (OMS, 2020).

Sob a perspectiva epidemiológica, o aumento da expectativa de vida e a crescente prevalência de doenças crônicas e progressivas transformam significativamente o perfil de adoecimento e mortalidade da população. No Brasil, a taxa geral de mortalidade reduziu-se de 18/1.000 habitantes, em 1940, para valores estimados entre 6/1.000 e 8/1.000 em 1985, acompanhada por aumento aproximado de 20 anos na expectativa de vida, o que favoreceu maior incidência de doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças neurológicas e falências orgânicas crônicas (PRATA PR, 1992). Nesse cenário, questões como proporcionalidade terapêutica, limitação de suporte invasivo e qualidade do processo de morte ganharam relevância crescente na prática clínica contemporânea.

Nas unidades de terapia intensiva (UTI), essa discussão assume complexidade ainda maior. A ventilação mecânica invasiva (VMI), assim como o uso de drogas vasoativas e outros dispositivos de suporte à vida, é fundamental em diferentes situações agudas. Entretanto, em contextos de irreversibilidade clínica, a manutenção dessas intervenções pode deixar de produzir benefício proporcional ao paciente, sobretudo quando não há perspectiva razoável de recuperação funcional ou reversão do quadro de base. Nesses casos, a retirada do suporte ventilatório passa a ser considerada não como abandono terapêutico, mas como reorganização dos objetivos de cuidado, alinhada aos princípios dos cuidados paliativos.

No contexto brasileiro, a Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) conferiu respaldo ético e normativo à limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida de pacientes em fase terminal de enfermidade grave e incurável, desde que respeitada a vontade do paciente

ou de seu representante legal e assegurado o controle adequado dos sintomas associados ao sofrimento (BRASIL, 2006). Tal disposição aproxima a prática da extubação paliativa dos princípios da ortotanásia e de uma assistência verdadeiramente centrada na dignidade do processo de morte do paciente.

A literatura internacional emprega diferentes denominações para esse procedimento, extubação paliativa, extubação compassiva, extubação terminal e, em alguns contextos, desmame terminal. Apesar das variações terminológicas, todas essas abordagens compartilham um eixo comum: a retirada do suporte ventilatório em situações de fim de vida, acompanhada por medidas rigorosas de conforto, comunicação estruturada com familiares e monitorização contínua de sintomas físicos e emocionais. Revisões e diretrizes recentes sugerem importante variabilidade entre países, serviços e equipes quanto às práticas de retirada de suporte de vida em UTI, sugerindo influência importante de fatores culturais, institucionais e relacionados à formação profissional (MARK NM, et al., 2015; KESECIOGLU J, et al., 2024).

Apesar do crescimento do debate sobre cuidados paliativos em terapia intensiva, ainda persiste na literatura ausência de consenso quanto aos protocolos ideais para realização da extubação paliativa. Soma-se a isso o fato de as evidências disponíveis ainda serem limitadas e heterogêneas, compostas predominantemente por estudos observacionais, séries de casos e revisões narrativas, o que dificulta tanto as padronizações assistenciais quanto às comparações entre estratégias clínicas.

Diante desse cenário, o presente artigo teve como objetivo analisar criticamente a literatura sobre extubação paliativa em cuidados intensivos, explorando os principais eixos clínicos e assistenciais relacionados à reorganização dos objetivos de cuidado, reconhecimento da irreversibilidade clínica, tomada de decisão compartilhada, manejo de sintomas, estratégias de retirada do suporte ventilatório e particularidades familiares e pediátricas, a fim de sintetizar convergências, heterogeneidades e lacunas relevantes para aprimoramento do debate e o desenvolvimento de protocolos assistenciais.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Extubação paliativa como reorganização dos objetivos de cuidado ao paciente

A literatura descreve que a extubação paliativa pode ser considerada quando o suporte ventilatório deixa de oferecer benefício proporcional diante da irreversibilidade clínica, tendo como objetivos a redução do sofrimento, a promoção da qualidade de vida e de morte digna e a preservação da dignidade do paciente nesse processo. Trata-se de uma conduta com respaldo ético-normativo, desde que observados os critérios clínicos, legais e comunicacionais, orientada e defendida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (AFFONSECA CA, et al., 2020; BRASIL, 2006; GARCÍA-SALIDO A, et al., 2014; YEH A, et al., 2019).

Dessa forma, em contextos selecionados, sua indicação pode ser considerada quando o desfecho de morte não puder ser alterado pela manutenção da ventilação mecânica, permitindo que se estabeleça a ortotanásia, compreendida como o seguimento natural da doença sem a adoção de medidas desproporcionais que apenas prolongam o sofrimento. Nesse contexto, a extubação paliativa diferencia-se conceitualmente tanto da eutanásia quanto da distanásia, uma vez que não objetiva abreviar a vida nem prolongá-la artificialmente por meio de suportes invasivos sem benefício clínico proporcional (ROCKER GM, et al., 2004).

Em situações de terminalidade, intervenções terapêuticas desproporcionais podem ultrapassar as reais possibilidades de cura, contribuindo para o prolongamento do sofrimento físico e emocional do paciente e comprometendo sua dignidade no processo de morte (CARVALHO RT e PARSONS HA, 2012; AFFONSECA CA, et al., 2020). Nesse cenário, os cuidados paliativos assumem papel fundamental ao priorizar o conforto, o controle de sintomas e o suporte emocional ao paciente e à família.

A literatura contemporânea tem buscado afastar a extubação paliativa da concepção de mera retirada de suporte ventilatório, reconhecendo-a como parte de um processo mais amplo de reorganização terapêutica. Ortega-Chen C, et al. (2023) discutem que a prática envolve planejamento estruturado, comunicação deliberada, avaliação contínua de sintomas e alinhamento multiprofissional, ultrapassando o caráter meramente técnico do procedimento. Esse entendimento reforça que a retirada da ventilação mecânica deve ocorrer inserida em um plano assistencial previamente construído e pactuado com paciente e familiares.

Além disso, diferentes estudos sugerem associação entre aspectos culturais, institucionais e religiosos sobre a percepção da extubação paliativa por parte de familiares e profissionais. Em alguns contextos, a retirada do ventilador ainda é interpretada como ação associada diretamente à morte do paciente, o que pode gerar conflitos éticos e emocionais ao longo do processo assistencial. Diante disso, o preparo da equipe e a clareza na comunicação tornam-se elementos indispensáveis para minimizar o sofrimento adicional e a insegurança durante a tomada de decisão.

Reconhecimento da irreversibilidade e limites da avaliação prognóstica

O reconhecimento da irreversibilidade clínica representa uma etapa sensível da assistência ao paciente criticamente enfermo. A transição entre a terapêutica curativa e a abordagem paliativa costuma ocorrer de modo progressivo, acompanhando a deterioração clínica, a ausência de resposta às intervenções e a falência orgânica persistente. Assim, a identificação do momento em que o suporte invasivo deixa de oferecer benefício proporcional exige avaliação clínica contínua, contemplando não apenas parâmetros fisiológicos, mas também funcionalidade prévia, qualidade de vida, resposta terapêutica e objetivos de cuidado pactuados com o paciente e a sua família.

A seleção de pacientes elegíveis para retirada do suporte ventilatório é um dos pontos mais difíceis desse debate. A literatura sugere uso de escalas como índice de comorbidade de Charlson, escala de Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), índice de Barthel, escala de Karnofsky e índice PALIAR, os quais, de acordo com o perfil individualizado do paciente, podem ser úteis para a seleção dos pacientes elegíveis à extubação paliativa (PAN CX, et al., 2016). É importante ressaltar que essas escalas auxiliam o raciocínio clínico, mas não devem, isoladamente, definir a indicação da extubação paliativa, devendo ser interpretadas em conjunto com a avaliação clínica global do paciente, além da opinião dos familiares.

Quadro 1 - Principais instrumentos avaliativos de acordo com objetivo, perfil, pontos de corte e interpretação.

Instrumentos avaliativos	Objetivo do instrumento	Perfil	Pontos de corte	Interpretação
Probabilidade de sobrevida estimado pelo índice de Comorbidade de Charlson	Prognóstico vital	Paciente crítico	< 50%	Maior risco de óbito
ECOG	Funcionalidade global	Paciente crítico	4	Funcionalidade prejudicada
Índice de Barthel	Funcionalidade global	Paciente crítico	< 35	Dependência importante
Escala de Karnofsky	Funcionalidade versus prognóstico vital	Paciente oncológico	< 50%	Funcionalidade prejudicada versus óbito
Índice PALIAR	Prognóstico vital	Paciente não oncológico	> 7,5	Maior risco de óbito

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group. **Fonte:** Brandão CH, et al., 2026.

Ressalta-se que os pontos de corte apresentados no **Quadro 1** li devem ser interpretados com cautela, pois nem todos são igualmente aplicáveis a todos os perfis de pacientes críticos, variando conforme a condição clínica de base e o contexto assistencial. Portanto, os valores apresentados foram descritos em estudos específicos e têm finalidade de auxiliar a avaliação prognóstica. Não constituem critérios isolados para indicação de extubação paliativa, cuja decisão deve ser individualizada, considerando o contexto clínico, os objetivos de cuidado e a discussão multiprofissional. Apesar da utilidade dessas escalas na organização do raciocínio clínico, os estudos indicam limitações relevantes quanto à sua capacidade de predizer o tempo de sobrevida após a retirada da ventilação mecânica. Estudo realizado com idosos criticamente enfermos descreveu mediana de 8,9 horas até o óbito, com grande variabilidade entre os pacientes, incluindo casos de sobrevida prolongada e até alta hospitalar, reforçando a imprevisibilidade prognóstica presente nesse cenário (PAN CX, et al., 2016).

Em estudo mais recente, realizado em UTI de clínica médica e UTI neurológica, foram identificadas diferenças significativas no tempo até o óbito após extubação compassiva, relacionadas principalmente ao perfil de doenças de base e ao grau de falência orgânica. Pacientes internados em unidades neurológicas apresentaram maior tempo de sobrevida após a retirada do ventilador quando comparados aos pacientes de UTI clínica (CHEN E, et al., 2025).

Esses achados sugerem que a avaliação prognóstica não deve ser baseada exclusivamente em algoritmos ou escores isolados, mas em análise clínica integrada, contemplando funcionalidade prévia, gravidade do quadro, resposta terapêutica e contexto assistencial (KESECIOGLU J, et al., 2024). Acrescenta-se que a heterogeneidade entre populações pediátricas, adultas, oncológicas e neurológicas dificulta as comparações diretas entre os estudos disponíveis.

Outro aspecto importante refere-se à ausência de critérios universais para a definição do momento ideal da retirada do suporte ventilatório. Na maioria dos estudos, essa decisão é descrita como resultado de discussão clínica multiprofissional, associada ao reconhecimento progressivo de irreversibilidade, falência orgânica refratária e ausência de perspectiva de recuperação funcional significativa.

Quadro 2 - Convergências, heterogeneidades e lacunas da literatura.

Domínio	Convergências	Heterogeneidades/Lacunas	Implicações analíticas
Tomada de decisão	Participação da equipe e da família é recorrente nas publicações	Grau de participação do paciente e do terapeuta respiratório varia entre serviços	A decisão é relacional e dependente do contexto institucional
Tempo até a morte	Há ampla variabilidade entre minutos, horas e dias	Poucos estudos com amostra comparáveis e desfechos padronizados	A prognosticação permanece limitada
Modo de retirada do ventilador	Extubação imediata e desmame terminal coexistem na prática	Não há consenso universal	A escolha tende a ser contextual, e não binária
Controle de sintomas	Dispneia, dor, secreção e desconforto respiratório aparecem como preocupações centrais	Escalas, doses e critérios de monitorização são pouco padronizados	O manejo sintomático permanece como prioridade para pesquisa aplicada
Equipe e família	Comunicação, checklist e debriefing aparecem como recursos úteis	Grande parte dos estudos disponíveis é observacional e local	A organização do cuidado influencia a experiência do processo

Fonte: Brandão CH, et al., 2026.

Tomada de decisão compartilhada e comunicação

Além dos aspectos clínicos, a literatura disponível sugere que a tomada de decisão relacionada à extubação paliativa envolve dimensões emocionais, éticas e relacionais complexas. Em muitos casos, familiares associam a retirada da ventilação mecânica à sensação de interrupção ativa da vida, sobretudo quando há dificuldade de compreensão sobre a irreversibilidade clínica e a limitação terapêutica. Diante disso, diferentes autores reforçam que a comunicação não deve ocorrer apenas no momento da decisão final, mas ao longo de todo o processo de adoecimento crítico, permitindo construção gradual de entendimento sobre prognóstico e objetivos de cuidado.

Outro aspecto frequentemente descrito refere-se ao impacto emocional sobre os profissionais de saúde. Equipes de terapia intensiva convivem diariamente com situações de sofrimento, falência orgânica e terminalidade, o que pode ocasionar desgaste emocional, sofrimento moral e insegurança durante decisões relacionadas à limitação de suporte invasivo. Estudos qualitativos descrevem que muitos profissionais relatam medo de interpretações equivocadas por parte dos familiares, receio de conflitos éticos e dificuldade em manejar emoções durante o processo de extubação paliativa.

Nesse contexto, reuniões multiprofissionais estruturadas e discussões clínicas compartilhadas podem contribuir para reduzir ambiguidades e alinhar condutas. A participação integrada de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e demais profissionais pode favorecer maior segurança assistencial e fortalece a percepção de apoio entre os membros da equipe. Ademais, familiares tendem a compreender melhor as decisões quando recebem informações consistentes e alinhadas entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado.

Também é importante destacar, ainda, que a tomada de decisão compartilhada não significa apenas informar familiares sobre irreversibilidade clínica, mas implica compreender valores, crenças e expectativas relacionadas ao processo de morte e cuidado. Em algumas situações, as famílias priorizam o prolongamento máximo da vida, enquanto em outras, valorizam principalmente o conforto, a dignidade e a presença familiar. A literatura sugere que o reconhecimento dessas diferenças pode contribuir para a elaboração de planos terapêuticos mais individualizados e coerentes com os objetivos do paciente e de seus representantes legais.

A decisão de retirar a ventilação mecânica não se resume à avaliação técnica do suporte ventilatório, envolve também comunicação de prognóstico, negociação de valores e elaboração emocional do processo por familiares e profissionais. Em UTI pediátrica austríaca, Moore P, et al. (2008) relataram a realização de reuniões com familiares previamente à retirada do suporte ventilatório, orientadas a evitar medidas invasivas desproporcionais e, simultaneamente, preservar o conforto do paciente.

De forma semelhante, Noje C, et al. (2017) descreveram que a discussão sobre destino assistencial, possibilidade de cuidados domiciliares e preferências da família pode modificar o modo como o procedimento é compreendido. Nesses contextos, a comunicação estruturada mostrou-se importante para redução de conflitos e alinhamento de expectativas entre equipe e familiares.

Esse entendimento é coerente com dados qualitativos mais recentes sobre a experiência profissional. Em estudo com intensivistas de diferentes especialidades, Efstathiou N, et al. (2025) caracterizaram a retirada paliativa da ventilação mecânica como evento de alta densidade emocional, atravessado por incerteza clínica, negociação interprofissional e necessidade de linguagem acessível e comum com as famílias.

No contexto assistencial brasileiro, em que muitas unidades ainda apresentam integração desigual entre terapia intensiva e cuidados paliativos, a comunicação assume relevância ainda maior. A ausência de alinhamento entre profissionais pode gerar mensagens divergentes aos familiares, comprometendo a compreensão do prognóstico e ampliando o sofrimento emocional de todos os envolvidos.

Sintomas e experiência de conforto após a extubação

Outro aspecto amplamente discutido na literatura refere-se ao reconhecimento adequado dos sintomas apresentados após a retirada do suporte ventilatório. Embora alguns pacientes evoluam com sinais mínimos de sofrimento, outros podem apresentar dispneia intensa, taquipneia, secreções respiratórias abundantes, agitação psicomotora e ansiedade, exigindo intervenções farmacológicas e suporte contínuo da equipe.

A avaliação do desconforto em pacientes críticos representa desafio adicional, especialmente em indivíduos com rebaixamento do nível de consciência, comprometimento neurológico ou incapacidade de verbalização. Por essa razão, diferentes estudos defendem o uso de escalas observacionais e protocolos assistenciais voltados ao reconhecimento precoce de sofrimento respiratório e à indicação oportuna de sedoanalgesia.

Além do controle sintomático, a literatura ressalta a importância da organização ambiental durante a extubação paliativa. A redução de ruídos, a presença de familiares, a criação de ambiente mais reservado e a diminuição de intervenções desnecessárias podem contribuir para maior conforto do paciente e uma experiência emocional mais digna para os familiares. Em alguns estudos, familiares relataram percepção mais positiva do processo quando puderam permanecer próximos ao paciente durante os momentos finais.

Outro eixo recorrente diz respeito ao conforto do paciente após a retirada do suporte ventilatório. Em estudo multicêntrico canadense, a percepção familiar foi predominantemente favorável quanto ao conforto do paciente durante o processo de retirada do suporte de vida (ROCKER GM, et al., 2004). Em contrapartida, estudo realizado em UTI neurológica identificou frequência elevada de sinais de desconforto e necessidade de intervenção farmacológica após a extubação (YEH A, et al., 2019).

Essas divergências sugerem que o conforto pós-extubação não pode ser interpretado como desfecho homogêneo. Dispneia, secreções respiratórias, ansiedade, agitação e alterações do padrão ventilatório podem manifestar-se com intensidades distintas conforme o perfil clínico do paciente e o contexto assistencial.

Nesse cenário, diferentes estudos destacam a importância do manejo sintomático ativo e individualizado. Opioides e benzodiazepínicos aparecem entre os medicamentos mais frequentemente utilizados para controle de dispneia, ansiedade e sofrimento respiratório, especialmente em pacientes com sinais evidentes de desconforto.

A literatura também ressalta a necessidade de monitorização contínua após a retirada da ventilação mecânica. A presença de equipe capacitada para reconhecer precocemente sinais de sofrimento é apontada como importante para assegurar conforto adequado ao paciente durante o processo de fim de vida.

Por fim, treinamentos multiprofissionais, utilização de listas de checagem e implementação de protocolos assistenciais vêm sendo identificados como estratégias capazes de aprimorar a organização do cuidado e reduzir a insegurança entre os profissionais envolvidos (DONOHO K, et al., 2021; ROCKER GM, et al., 2004).

Extubação imediata versus desmame terminal

A distinção entre extubação imediata e desmame terminal tem ocupado espaço relevante na literatura. O estudo ARREVE, conduzido em 43 UTI francesas, comparou as duas estratégias e descreveu que os desfechos psicológicos dos familiares avaliados em três meses não diferiram de forma significativa entre os grupos. Por outro lado, a extubação imediata esteve associada a maior frequência de obstrução de vias aéreas e episódios de gasping em comparação ao desmame terminal (ROBERT R, et al., 2017).

Em estudo multicêntrico pediátrico que comparou extubação paliativa e desmame terminal, observou-se que o desmame terminal ocorreu em menor frequência e não se associou a diferenças significativas no tempo até o óbito, nem na necessidade de analgesia e sedação paliativa (PRINGLE CP, et al., 2024).

Os estudos disponíveis não demonstram superioridade consistente de uma estratégia sobre a outra, sendo necessária individualização conforme características clínicas do paciente, as expectativas familiares e a experiência da equipe assistencial. Em determinados cenários, a retirada imediata do tubo pode ser percebida como abordagem menos prolongadora do sofrimento, enquanto, em outros, o desmame progressivo permite melhor adaptação sintomática e maior elaboração emocional do processo.

Estudo prospectivo recente demonstrou que episódios de desconforto nas primeiras horas após a retirada do ventilador variaram conforme características do paciente e do contexto assistencial, reforçando que a escolha do método deve considerar a carga secretiva, o padrão respiratório, as metas de conforto e as expectativas familiares (FEHNEL CR, et al., 2025).

Além disso, os estudos disponíveis relatam que fatores organizacionais, a disponibilidade de equipe treinada e a existência de protocolos locais podem influenciar diretamente a estratégia adotada em cada serviço.

Família, domicílio e particularidades pediátricas

A literatura pediátrica amplia o debate ao sugerir que, em situações selecionadas, a extubação paliativa pode ocorrer fora do ambiente hospitalar, em hospice ou domicílio (SIMPSON EC e PENROSE CV, 2011; NOJE C, et al., 2017; LOGANATHAN P, et al., 2018; GARCIA X, et al., 2021).

Esses estudos indicam que a possibilidade de morte em ambiente familiar pode modificar substancialmente a experiência emocional das famílias, sobretudo quando existe desejo prévio de permanência fora do ambiente hospitalar.

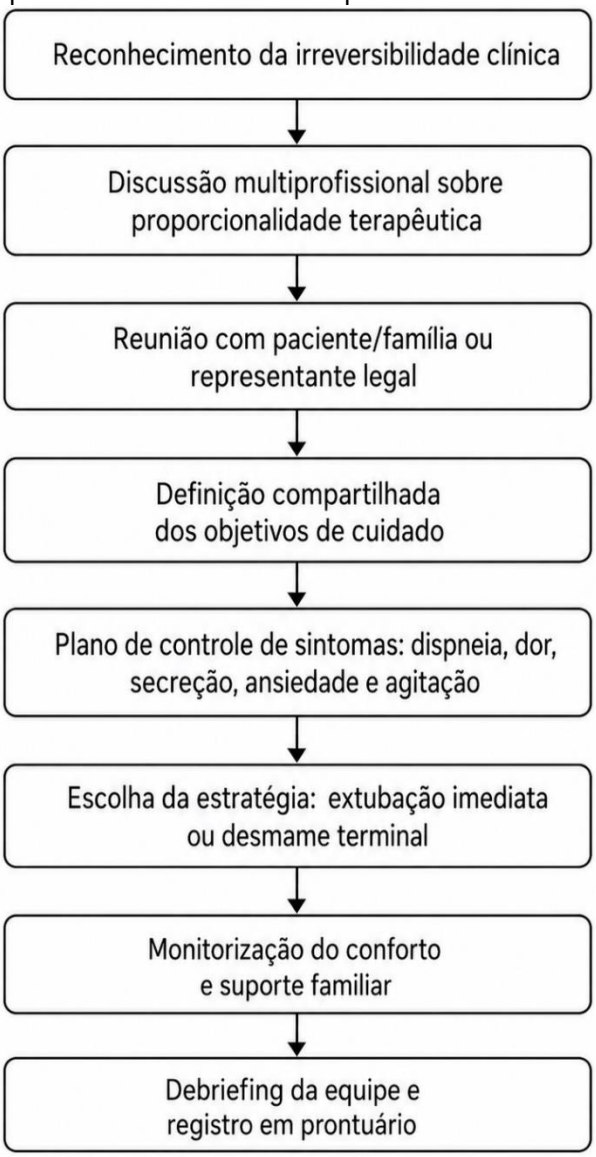
Entretanto, a realização da extubação paliativa em domicílio exige planejamento logístico rigoroso, disponibilidade de equipe capacitada, transporte adequado e comunicação contínua entre os profissionais envolvidos. Além disso, nem todos os pacientes apresentam estabilidade clínica suficiente para transferência segura ao ambiente domiciliar.

Outro aspecto frequentemente discutido refere-se às particularidades emocionais e éticas do cuidado pediátrico. Pais e responsáveis enfrentam sofrimento intenso durante a tomada de decisão, especialmente em situações que envolvem doenças neurológicas graves ou falência orgânica irreversível. Dessa forma, diferentes estudos reforçam a importância do suporte psicológico, da comunicação gradual e da participação ativa da família na organização do cuidado em fim de vida.

Síntese assistencial da extubação paliativa

Para facilitar a visualização do procedimento como um processo assistencial estruturado, e não apenas como retirada técnica do tubo orotraqueal, apresenta-se a seguir uma síntese das etapas assistenciais da extubação paliativa em unidade de terapia intensiva.

Figura 1 - Etapas assistenciais da extubação paliativa em unidade de terapia intensiva.



Fonte: Brandão CH, et al., 2026.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se considerar que a extubação paliativa em unidades de terapia intensiva deve ser compreendida como parte de um processo de reorganização dos objetivos de cuidado em situações de irreversibilidade clínica, e não como abandono terapêutico. A literatura analisada evidencia a importância da tomada de

decisão compartilhada, da comunicação estruturada com familiares, do controle ativo de sintomas, do suporte multiprofissional e da organização institucional para assegurar conforto e dignidade ao paciente. Apesar dos avanços, persistem lacunas relacionadas à padronização de protocolos, avaliação prognóstica, monitorização do conforto, diferenças entre extubação imediata e desmame terminal, além de especificidades pediátricas e familiares. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos prospectivos, multicêntricos e protocolos assistenciais adaptados à realidade das unidades de terapia intensiva.

AGRADECIMENTOS

O texto deriva de produto acadêmico previamente desenvolvido no âmbito do Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos associado à Residência em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

REFERÊNCIAS

1. AFFONSECA CA, et al. Palliative extubation: a five-year experience in a pediatric hospital. J Pediatr (Rio J), 2020; 96(5): 652-659.
2. BAETHGE C, et al. SANRA-a scale for the quality assessment of narrative review articles. Res Integr Peer Rev, 2019; 4: 5.
3. BRANDÃO CH, SOUZA AS, SILVA-JÚNIOR JR. Procedimento operacional padrão: extubação paliativa para profissionais de terapia intensiva. Recife: IMIP, 2023; 11p. Disponível em: https://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/1096/1/Produto%20t%c3%a9cnico%20-%20Caio%20Henrique%20Pinto%20Brand%c3%a3o.pdf. Acessado em: 14 de abril de 2026.
4. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805/2006. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/ortotanasia.pdf. Acessado em: 12 de abril de 2026.
5. CARVALHO RT, PARSONS HA. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. São Paulo: s. n., 2012.
6. CHEN E, et al. Time to death after compassionate extubation in medical and neuroscience intensive care units. Heart Lung, 2025; 69: 185-191.
7. DARFELT IS, et al. Consensus statements on end-of-life care in ICU - A Scandinavian multidisciplinary Delphi study. Acta Anaesthesiol Scand, 2025; 69(4): e70015.
8. DONOHO K, et al. Compassionate extubation protocol to improve team communication and support in the neonatal intensive care unit. J Perinatol, 2021; 41(9): 2355-2362.
9. EFSTATHIOU N, et al. Intensive care clinicians' experiences of palliative withdrawal of mechanical ventilation: a qualitative study. BMJ Open, 2025; 15(8): e096527.
10. FEHNEL CR, et al. Withdrawal of Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit: A Prospective Observational Study. CHEST Crit Care, 2025; 3(4): 100204.
11. GARCIA X, et al. Pediatric Cardiac Critical Care Transport and Palliative Care. Pediatr Cardiol, 2021; 42(1): 208-212.
12. GARCÍA-SALIDO A, et al. Retirada de asistencia respiratoria en domicilio: toma de decisiones en cuidados paliativos pediátricos. An Pediatr (Barc), 2014; 80(3): 181-183.
13. GOMES ALZ, OTHERO MB. Cuidados paliativos. Estud Av, 2016; 30(88): 155-166.
14. GRANDHIGE AP, et al. Respiratory Therapists' Experiences and Attitudes Regarding Terminal Extubations and End-of-Life Care. Respir Care, 2016; 61(7): 891-896.
15. KESECIOGLU J, et al. European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. Intensive Care Med, 2024; 50(11): 1740-1766.
16. LOGANATHAN P, et al. Home Extubation in a Neonate. Pediatrics, 2018; 142(1): e20172845.
17. MARK NM, et al. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. Intensive Care Med, 2015; 41(9): 1572-1585.
18. MOORE P, et al. Withdrawal and limitation of life-sustaining treatments in a paediatric intensive care unit and review of the literature. J Paediatr Child Health, 2008; 44(7-8): 404-408.
19. NOJE C, et al. Pediatric Critical Care Transport as a Conduit to Terminal Extubation at Home: A Case Series. Pediatr Crit Care Med, 2017; 18(1): e4-e8.

20. OMS. Palliative care. 2020. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care. Acessado em: 30 de abril de 2026.
21. ORTEGA-CHEN C, et al. Palliative Extubation: A Discussion of Practices and Considerations. J Pain Symptom Manage, 2023; 66(2): e219-e231.
22. PAN CX, et al. How Long Does (S)He Have? Retrospective Analysis of Outcomes After Palliative Extubation in Elderly, Chronically Critically Ill Patients. Crit Care Med, 2016; 44(6): 1138-1144.
23. PRATA PR. The Epidemiologic Transition in Brazil. Cad Saúde Pública, 1992; 8(2): 168-175.
24. PRINGLE CP, et al. Ventilator Weaning and Terminal Extubation: Withdrawal of Life-Sustaining Therapy in Children. Secondary Analysis of the Death One Hour After Terminal Extubation Study. Crit Care Med, 2024; 52(3): 396-406.
25. ROBERT R, et al. Terminal weaning or immediate extubation for withdrawing mechanical ventilation in critically ill patients (the ARREVE observational study). Intensive Care Med, 2017; 43(12): 1793-1807.
26. ROCKER GM, et al. Most critically ill patients are perceived to die in comfort during withdrawal of life support: a Canadian multicentre study. Can J Anaesth, 2004; 51(6): 623-630.
27. SIMPSON EC, PENROSE CV. Compassionate extubation in children at hospice and home. Int J Palliat Nurs, 2011; 17(4): 164-169.
28. YEH A, et al. End of Life in the Neurological Intensive Care Unit: Is Extubating to Comfort Care Comfortable? J Pain Symptom Manage, 2019; 58(4): e14-e16.