



Revista da ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

www.ramb.org.br



Ponto de vista

Terminalidade e cuidados paliativos em terapia intensiva[☆]

End of life and palliative care in intensive care

Antônio Cláudio do A. Baruzzi e Dimas T. Ikeoka*

Hospital TotalCor, São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 22 de outubro de 2012

Aceito em 3 de junho de 2013

On-line em 16 de novembro de 2013

A história da humanidade tem sido marcada por diferentes abordagens no que se refere ao reconhecimento da doença grave, do processo da morte e do morrer. O modo de lidar com essas realidades pode diferir amplamente dentro do espectro das diferentes culturas, mas também em diferentes épocas dentro de um mesmo grupo social. Do passado das civilizações ocidentais chegam-nos relatos do momento da morte em que a regra era que pessoas gravemente enfermas permanecessem em suas casas, rodeadas por familiares até o momento do desfecho final. É o que descreve, por exemplo, a psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross, uma das mais importantes pesquisadoras do processo da morte e da terminalidade, em sua autobiografia intitulada 'A roda da vida'. Ela nos relata a maneira pela qual pôde vivenciar o momento da morte de um amigo próximo da família que, após grave acidente, foi desenganado pelos médicos: "No hospital, os médicos disseram-lhe que nada podiam fazer e, sendo assim, ele insistiu em ser levado embora para morrer em casa. Havia tempo mais do que suficiente para a família, os parentes e amigos despedirem-se dele. No dia em que fomos visitá-lo estava cercado pela família e pelos filhos. Seu quarto transbordava de flores silvestres e a cama tinha sido colocada em uma posição que lhe permitia ver pela janela

seus campos e árvores frutíferas, literalmente o fruto de seu trabalho que sobreviveriam com o passar dos anos. A dignidade, o amor e a paz que vi deixaram em mim uma impressão duradoura".¹

O desenvolvimento do conhecimento médico, o crescimento das instituições hospitalares e a introdução de inovações tecnológicas trouxeram inúmeros benefícios ao tratamento das mais diversas doenças, bem como à possibilidade de adiar o momento da morte com o uso de recursos artificiais, por períodos de tempo quase ilimitados. Quanto ao tratamento de pacientes criticamente enfermos, tais avanços se concretizaram em esperanças reais de sobrevivida em muitos casos.²⁻⁴ Entretanto, tornou-se bastante comum que a sustentação artificial das funções vitais pudesse ser prolongada de forma indefinida, a qualquer custo e, principalmente, com perdas substanciais da dignidade humana e da qualidade de vida. Muitos doentes sem condições de recuperação veem-se em seus últimos momentos cercados apenas por máquinas, sondas, cateteres e pessoas desconhecidas que, por vezes, podem não estar aptas a uma abordagem humanizada.

Mais recentemente, começamos a perceber que tal prática se constitui em um desvio indesejável do cuidado médico. Em

[☆] Trabalho realizado no Hospital TotalCor, São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: dimas.ikeoka@hotmail.com (D.T. Ikeoka)

0104-4230/\$ – see front matter © 2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.018>

um grande número de casos, recursos médicos são utilizados com o propósito de prolongar a vida em situações sem chances de recuperação, sem benefícios significativos ao prognóstico e à qualidade de vida, o que é nomeado *distanásia*. Parece simples admitir que o tratamento fútil em uma fase final e irreversível da doença é desumano e fere de forma inequívoca a dignidade humana. Esta não é, entretanto, uma prática rara nos dias atuais. A *distanásia* tem como contrapartida a *ortotanásia*, ou seja, a utilização de modalidades terapêuticas com o intuito de proporcionar condições para uma morte digna e tranquila.⁵ *Ortotanásia* difere e não deve ser confundida com *eutanasia*, que significa abreviar a vida do paciente quando ainda há possibilidades de recuperação ou estabilização de sua saúde – o que é, a propósito, considerado crime em nossa legislação.⁶ Não deve ser intuito do médico, na prática da *ortotanásia*, acelerar o óbito, mas sim prover meios para o conforto do paciente acima de tudo. Sem dúvida, é necessário tomar em consideração a gravidade da doença, a impossibilidade de cura, de reabilitação do paciente e o esgotamento das possibilidades terapêuticas com benefício demonstrado.⁵

A análise das possíveis causas para a persistência da *distanásia* como prática corriqueira, uma verdadeira distúrcia do cuidado médico, não é das mais simples. O problema parece ter raízes em aspectos culturais, valores morais e éticos adotados pela sociedade, mas de forma muito peculiar, nos modelos de educação médica seguidos por nossas instituições de ensino. Em geral, a formação médica tem sido baseada em uma abordagem exclusivamente biotecnológica, objetivando primordialmente reverter os processos patológicos, mas sem uma atenção profunda aos aspectos humanos da doença e do doente. Assim, para tudo parece haver um antídoto. O arsenal varia desde antibióticos de última geração, sistemas dialíticos avançados, ventiladores mecânicos complexos e até mesmo sistemas de suporte circulatório artificial, priorizando a manutenção da vida a todo custo. Pouco ou nada aprendemos ao longo da vida acadêmica e até mesmo após, no exercício do labor médico, sobre como aliviar o sofrimento, ou como buscar manter intactos os limites da dignidade humana.⁵

Deve-se enfatizar uma vez mais não tratar-se aqui da negação de tratamento a pacientes em estágio terminal, mas ao contrário, da promoção da dignidade humana, por meio de modalidades terapêuticas mais apropriadas e menos invasivas. Com esses princípios em mente, torna-se necessário nesse momento que profissionais da saúde em todos os âmbitos do cuidado assumam uma postura ativa e positiva, discutindo e sugerindo mudanças em todas as UTIs de nosso país. Embora seja cômodo para alguns aguardar pacientemente o óbito, o que conforta a alma e cria a ilusão de que “tudo está sendo feito e oferecido”, a atitude a ser estimulada é de se abordar o próprio paciente em primeiro lugar, indivíduo central de nossas atenções, quando possível, bem como seus familiares, quanto à real expectativa de vida naquele momento, de forma clara e honesta. Em seguida, é preciso sugerir a não instituição de medidas agressivas de tratamento e, até mesmo, a suspensão destas, quando se torne evidente para a equipe que foi ultrapassada a linha da esperança em termos do tratamento e da possibilidade de qualquer reversão da doença.⁷⁻⁹ Não deveríamos nos reservar o direito de transitar num curso inelutável da morte do doente em fase terminal num modelo de

morte experimental, nunca ensinado nos bancos acadêmicos. Em muitos casos, é possível suprimir, de forma escalonada e progressiva, as intervenções terapêuticas, reconhecidas como fúteis, oferecendo uma morte tranquila, sem o sofrimento causado por repetidas intervenções. Objetivamente, deve-se considerar a suspensão gradual de hemodiálise, drogas vasoativas, antibióticos e até mesmo suporte ventilatório mecânico. Em contrapartida, há um vasto arsenal de medicamentos como sedativos, analgésicos e toda diversidade de recursos para reduzir sintomas como ansiedade, dispneia, agitação, *delirium*, que podem ser utilizados largamente e por diversas vias de administração, sempre com o intuito de oferecer conforto e dignidade. Exames de imagem realizados próximos ao momento do óbito podem ser evitados, já que não resultam em acréscimos ao bem-estar do paciente. Medidas dessa natureza devem levar à inversão de uma crua realidade: de ser humano “esquecido” na UTI, o paciente torna-se novamente o centro das atenções dos familiares e profissionais de saúde, de maneira semelhante ao relatado no exemplo acima, de uma cena de morte do início do último século.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à adequada gestão dos recursos de tratamento intensivo.^{2,10} Atualmente existem cerca de 25.000 leitos em UTIs disponíveis em todo o país.¹¹ Inúmeros pacientes cuja doença encontra-se em estágio avançado, irreversível, incurável e com perspectiva de morte iminente, encontram-se internados nestas unidades e recebem diariamente tratamentos com os mais avançados aparatos tecnológicos disponíveis. Os escassos recursos financeiros, humanos e biotecnológicos destinados a este setor são assim desperdiçados com pacientes que necessitariam verdadeiramente de analgesia, conforto e a proximidade dos familiares, abstraindo-se as chances de muitos daqueles com possibilidades reais de recuperação. Se grosseiramente estimarmos que 20% desses leitos encontram-se ocupados por pacientes com indicação de tratamento paliativo, significa que pelo menos 5.000 leitos/dia ou 150.000 leitos/mês deixam de ser disponibilizados aos pacientes com doenças reversíveis, o que significa elevação dos custos da saúde com irreparáveis perdas para a sociedade.

Apesar de certa postura em prol do bem-estar do paciente e contra a instituição de tratamentos fúteis já encontrada sedimentada em alguns hospitais brasileiros (e amplamente difundida e aplicada em instituições europeias e norte-americanas há mais de duas décadas), respeitando-se as resoluções dos Conselhos de Medicina, ainda observa-se certa perplexidade e resistência de parte dos profissionais de saúde. Notadamente, do ponto de vista ético-profissional, podemos afirmar que a obstinação ou a compulsão terapêutica sem limites se colocam em desacordo com a resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Código de Ética Médica/2009, segundo os quais torna-se direito do paciente e seus familiares a opção pela cessação de medidas terapêuticas em benefício do conforto e bem-estar, uma vez que se tenha confirmada a situação de terminalidade.^{5,9,12} Além disso, em consonância com recente resolução do CFM, é outorgado ao paciente manifestar, por meio de diretivas antecipadas de vontade, suas resoluções e no que tange aos cuidados a serem prestados nos momentos que antecedem sua morte.¹³

Em conclusão, é importante admitirmos, a esta altura do desenvolvimento tecnológico da medicina e de todos os

recursos terapêuticos disponíveis, que o maior antídoto para o sofrimento físico e espiritual do paciente terminal é o conforto humano junto aos seus familiares e entes queridos. Do contrário, não estaremos cumprindo com uma função precípua do médico que é a de propiciar alívio ao sofrimento, especialmente nos momentos finais de vida. O último suspiro de nossas vidas deve ser reservado para o abraço eterno do mais amado ente querido, e não à mais fria tecnologia.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Kübler-Ross E, editor. *A roda da vida*. Sextante: Rio de Janeiro; 1998.
2. Adhikari NK, Fowler RA, Bhagwanjee S, Rubenfeld GD. *Critical care and the global burden of critical illness in adults*. *Lancet*. 2010;376(9749):1339-46.
3. Edlich RF, Kubler-Ross E. *On death and dying in the emergency department*. *J Emerg Med*. 1992;10(2):225-9.
4. Kubler-Ross E. *Dying with dignity*. *Can Nurse*. 1971;67(10):31-5.
5. Vilas-Boas ME. *A ortotanásia e o direito penal brasileiro*. *Bioética*. 2008;16(1):61-83.
6. Código Penal Brasileiro. Artigo 121, Parágrafo 1º; 1940.
7. Adler ED, Goldfinger JZ, Kalman J, Park ME, Meier DE. *Palliative care in the treatment of advanced heart failure*. *Circulation*. 2009;120(25):2597-606.
8. Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, Goldstein NE, Matlock DD, Arnold RM, et al. *Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association*. *Circulation*. 2012;125(15):1928-52.
9. Moritz RDDA, Capalbo M, Forte DN, Kretzer PL, Lago P, Pusch R, et al. *II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica*. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011;23(1):24-9.
10. Spinello IM. *End-of-Life Care in ICU: A Practical Guide*. *J Intensive Care Med*. 2011;26:295-303.
11. Brasileira AdMI. *Relatório de Unidades de Terapia Intensiva*. Disponível em: 2010, <http://www.amib.org.br>.
12. Conselho Federal de Medicina. CFM. Resolução n. 1805. Brasília (DF): Diário Oficial da União; Seção 1, 169; 2006. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao.impressao.php?id=6640>
13. Conselho Federal de Medicina. CFM. Resolução n. 1995. Brasília (DF): Diário Oficial da União; Seção 1, p. 269-70; 2012. Disponível em: http://www.bioetica.ufrgs.br/1995_2012.pdf.