Espaço CREMERS

Pacientes terminais: o diagnóstico e tratamento ainda é uma atribuição médica!

PROF. DR. JEFFERSON P. PIVA
Conselheiro do Conselho de Medicina do RS.
Professor das Faculdades de Medicina da PUCRS e da UFRGS.

24-espaço_cremers.pmd 96 14/4/2009, 13:20

O progresso tecnológico associado ao avanço no conhecimento científico tem possibilitado um aumento na sobrevida e melhora na qualidade de vida de pacientes vitimados por doenças agressivas ou extremamente debilitantes. Essa constante evolução da medicina moderna, com quebra de barreiras e limites, é uma forte motivação para médicos e pacientes perseguirem a cura mesmo frente às situações mais desfavoráveis. Nunca na história da medicina a cura de tantas doenças esteve tão próxima. Mesmo assim, ainda existem situações em que este arsenal terapêutico e tecnológico não alterará em nada o curso irreversível da doença: a cura, nesses casos, torna-se inalcançável e a morte ocorrerá de forma inexorável.

Esta inversão de expectativas não ocorre abrupta ou subitamente (Figura 1A). Na grande maioria das situações, a impossibilidade de cura e evolução para a morte inexorável se estabelece de forma progressiva e lenta, mesmo em situações agudas (Figura 1B). Tomemos o exemplo de um paciente com acidente vascular hemorrágico de graves proporções que cursa com edema cerebral e hipertensão intracraniana refratários ao tratamento. Após um tempo variável, seus médicos acabarão por concluir que não existe chance alguma de reversão do quadro e que a morte ocorrerá independente do tratamento. A definição da irreversibilidade será embasada em um conjunto de variáveis objetivas e subjetivas (exames de imagens, ausência de resposta ao tratamento e as possibilidades terapêuticas disponíveis, entre outras). É evidente, portanto, que apenas a equipe médica, através de seu conhecimento, tem aptidão para definir a condição irreversível e terminal de um doente.

Após definida a impossibilidade de cura, o que a medicina moderna e os médicos podem (e devem) oferecer são medidas que minimizem a dor e o sofrimento; assim como, se priorizem condições para que este indivíduo enfrente seus últimos momentos junto de sua família, em um ambiente de afeto, solidariedade e compreensão. Este conjunto de medidas é definido como cuidados paliativos e constituem o objetivo principal da assistência na etapa de final de vida. Tal como ocorre na definição da condição terminal e irreversível da doença, também, por ocasião da escolha

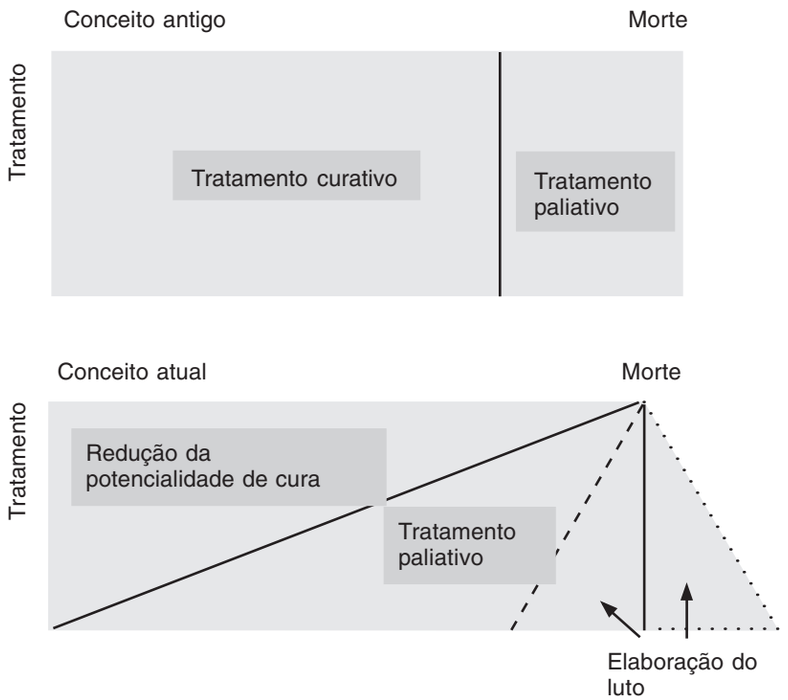


FIGURA 1 – Evolução esquemática de uma doença para o estágio de irreversibilidade. No conceito antigo (1A), acreditava-se que esta inversão de expectativas ocorresse de forma súbita. Dentro da perspectiva atual (1B), a evolução para a irreversibilidade ocorre de forma mais lenta e, ao mesmo tempo, os cuidados paliativos vão sendo progressivamente ofertados.

24-espaço_cremers.pmd 97 14/4/2009, 13:20

das medidas terapêuticas apropriadas a esta nova realidade, são atribuições exclusivas e intransferíveis da equipe médica. Obviamente, todas estas definições são divididas e compartilhadas com o paciente e seus familiares.

Alguns médicos têm resistido em ofertar medidas paliativas (priorizar o cuidar ao invés do curar) em pacientes terminais por entender que estariam infringindo o artigo 57 do Código de Ética Médica, que "proíbe o médico de deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente". Entretanto, deve ser entendido que ao referir "em favor do paciente" este artigo tem a óbvia conotação de benefício e de não perseguir "curas" comprovadamente impossíveis de serem alcançadas nesta situação.

Exatamente neste sentido que o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução 1.805/06: Artigo 1º: "Permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal"; artigo 2º: define que "O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social, espiritual, inclusive assegurando a ele o direito da alta hospitalar".

Esta resolução, que visava a trazer mais clareza ao assunto, ressaltando ser uma decisão de final de vida tomada entre um doente moribundo e seu médico, acabou ganhando uma conotação jurídica, com discussões em tribunais dentro de um contexto penal, sem trazer benefício algum para estes pacientes derrotados por sua doença. Esta discussão inócua e distante do cenário real acabou trazendo mais confusão e comprometendo a qualidade de atendimento oferecida aos pacientes em fase final de vida, pois estimulou a omissão e, pior ainda, as tomadas de decisões motivadas por "atitudes defensivas", que se mostrou prejudicial aos doentes terminais e, inclusive, induzindo médicos a erros e infrações ao Código de Ética (1-8).

Se analisarmos o assunto dentro de uma ótica legalista, deveríamos nos perguntar: onde estaria o "possível delito", quando um médico juntamente com seu doente vencido pela doença e sem esperanças de cura decidem abdicar de terapêuticas curativas e comprovadamente inócuas nesta situação? O possível delito seria o priorizar que este paciente enfrente os últimos momentos de vida de forma digna e cercado do amor de seus familiares? Não foi exatamente assim que decidiu o Papa João Paulo II em seus momentos finais de vida? Nestas situações, a utilização de tratamentos curativos que, além de inócuos, tornam-se instrumentos de tortura que prolongam o ato de morrer em um ambiente distante dos familiares, sem afeto, e que desconsidera a dignidade como um direito da pessoa. Neste caso, sim, é que se configura uma possível infração ética.

Portanto, apesar de todo avanço na medicina atual, o nosso compromisso continua sendo o mesmo que fizemos por ocasião da diplomação (*"Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém"*. Hipócrates – 460ac). É evidente que, na ocasião, não estávamos considerando apenas os pacientes curáveis. Fizemos este juramento para segui-lo inclusive naqueles com doença irreversível e sem chances de recuperação. Existe outro texto atribuído a Hipócrates que expressa de forma muito atual o dilema dos médicos frente a pacientes terminais: *"Quanto à medicina, tal como eu a concebo, penso que o seu objetivo, em termos gerais, é o de afastar os sofrimentos do doente e diminuir a violência das suas doenças, abstendo-se de tratar os doentes graves para os quais a medicina não dispõe de recursos"*.

A sociedade espera que os médicos, uma vez mais, usando de sua liderança, conhecimento e respeitabilidade, continuem a atender pacientes moribundos aliviando seu sofrimento, respeitando sua dignidade e atendendo suas necessidades dentro dos melhores parâmetros científicos e éticos.

É inquestionável que tanto a definição da condição irreversível e terminal de um doente assim como o seu tratamento são da responsabilidade exclusiva e intransferível da equipe médica e de seus pacientes. Transferir tais decisões médicas para os distantes salões dos tribunais, além de representar uma imperdoável omissão, é uma forma cruel e desumana de prestar assistência aos pacientes sob nossos cuidados!

24-espaço_cremers.pmd 98 14/4/2009, 13:20

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torreão L, Oselka G,Troster et al. Cardiopulmonary resuscitation: discrepancy between the actual CPR and the documentation in the medical record. Pediatr (Rio J) 2000; 76 (6):429-435
2. Kipper D, Piva J, Garcia P. Evolution of the medical practices and modes of death on pediatric intensive care in southern Brazil. Pediatr Crit Care 2005; 6:258-263.
3. Lago PM, Piva JP, Kipper D. et al Life support limitation at three pediatric Intensive care units in southern Brazil. J Pediatr (Rio J) 2005; 81:111-117
4. Tonelli H, Mota J, Oliveira J. A profile of the medical conduct preceding child death at a tertiary hospital. J Pediatr (Rio J.) 2005; 81:118-22
5. Lago P, Piva J, Garcia PC et al. End of life practices in seven Brazilian pediatric intensive care units (PICU). Pediatr Crit Care Med 2008; 9: 26-31
6. Lago P, Piva J, Kipper D et al. Brain death: medical management in seven Brazilian pediatric intensive care units. J Pediatr (Rio J). 2007; 83: 133-140
7. Piva J, Lago P, Othero J et al. Evaluating end of life practices in ten Brazilian pediatric and adult intensive care units. Intensive Care Med 2009 (under evaluation)
8. Moritz R. (2004) The attitudes of health professionals concerning death. Rev Bras Ter Intensiva 16:14-21

24-espaço_cremers.pmd 99 14/4/2009, 13:20