

Rachel Duarte Moritz¹, Patrícia Miranda do Lago¹, Alberto Deicas², Cristine Nilson¹, Fernando Osni Machado¹, Jairo Othero¹, Jefferson Pedro Piva¹, Juan Pablo Rossini³, Karla Rovatti¹, Nara Azeredo¹, Nilton Brandão da Silva¹, Raquel Pusch¹

1. Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB - Brasil
2. Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva – SUMI - Uruguai
3. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva - SATI - Argentina

1º Forum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: Proposta para atendimento do paciente portador de doença terminal internado em UTI

1st Forum of the Southern Cone End-of-Life Study Group: Proposal for care of patients, bearers of terminal disease staying in the ICU

RESUMO

As condutas de limitação de tratamento oferecidas a pacientes portadores de doenças terminais, internados em Unidades de Terapia Intensiva, tem aumentado a sua frequência nos últimos anos em todo o mundo. Apesar disto, ainda existe uma grande dificuldade dos intensivistas brasileiros em oferecer o melhor tratamento àqueles pacientes que não se beneficiariam

com terapêuticas curativas. O objetivo deste comentário é apresentar uma sugestão de fluxograma para atendimento de pacientes com doenças terminais que foi elaborado, baseado na literatura e experiência de experts, pelos membros do comitê de ética e de terminalidade da AMIB.

Descritores: Doente terminal; Estado terminal; Cuidados paliativos; Morte; Unidades de terapia intensiva

A terapia intensiva tem apresentado uma grande evolução nos últimos 20 anos, em todo mundo e também no Brasil. Atualmente, pacientes portadores de doenças críticas que evoluiriam para a morte podem ser mantidos vivos através de métodos artificiais. Embora a medicina intensiva se destine a diagnosticar, tratar e manter doentes em iminente risco de vida, mas potencialmente reversíveis, alguns doentes críticos podem evoluir com falência de múltiplos órgãos e sistemas e se tornarem vítimas de doenças terminais, fora de possibilidades terapêuticas curativas. Esse fato cria um dilema para os médicos intensivistas, colocados comumente diante da necessidade de decisões sobre a recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis.⁽¹⁻⁴⁾

Diversos estudos realizados mundialmente demonstraram a frequência cada vez maior de limitações terapêuticas precedendo os óbitos nas UTIs.⁽⁵⁻¹⁰⁾ No Brasil, estudos realizados em várias regiões demonstraram que as práticas de limitação de terapêutica têm aumentado nos últimos anos, porém elas diferem das condutas adotadas em países do hemisfério norte onde condutas pró ativas como retirada de ventilação mecânica são frequentes. A análise desses trabalhos permite a observação que existe uma variação importante da adesão às medidas de limitação terapêutica por médicos intensivistas e que diversidades culturais, religiosas, sociais, econômicas e legais, certamente justificam as diferenças encontradas.⁽¹¹⁻¹⁶⁾

É crescente o reconhecimento da necessidade da criação de diretrizes e protocolos para que o médico decida por suspender ou limitar terapias fúteis.⁽¹⁷⁻²¹⁾ Pellegrino ao abordar esse tema avaliou que qualquer decisão ética deve considerar como pré-requisito fundamental a valorização da vida humana e deve levar em consideração os embasamentos teóricos que justificam as decisões do ponto de vista ético.⁽²¹⁾ É importante lembrar que, embora seja apontado que os mé-

Submetido em 23 de Junho de 2009

Aceito em 23 de Junho de 2009

Autor para correspondência

Patrícia Miranda Lago
Rua Furriel Luis Vargas 238/238
CEP: 90470-130 - Porto Alegre (RS),
Brasil.
E-mail: lagopatrícia@terra.com.br

dicos mais facilmente decidem por recusar novas terapias ao invés de suspender um tratamento considerado fútil, essas opções são iguais do ponto de vista ético-legal.^(18,19)

Apesar do debate, de âmbito mundial, visando à definição do melhor atendimento ao paciente com doença terminal, esse questionamento ainda permanece sem resposta definitiva. Porém não há dúvidas que as práticas de final de vida devem priorizar o melhor interesse do paciente, respeitando seus sentimentos e desejos de seus familiares e a adequada comunicação entre todos os envolvidos no processo.^(4,13)

Visando o adequado tratamento durante o morrer nas UTIs do Brasil, membros das Sociedades Brasileira (AMIB), Uruguaia (SUMI) e Argentina (SATI) de Medicina Intensiva participaram, no dia 23 de maio de 2009 na cidade de Porto Alegre, do Iº Fórum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul. O objetivo deste fórum foi a elaboração de recomendações pertinentes ao diagnóstico e tratamento do paciente crítico terminal.

Como resultado, os participantes sugeriram os passos a serem tomados para o diagnóstico da terminalidade do paciente crítico e para a tomada de decisão no que concernem as condutas a serem tomadas com esse paciente (Quadro 1, Figura 1).

AGRADECIMENTOS

Participaram do Fórum os seguintes profissionais:

Alberto Deicas (médico/SUMI), Cristine Nilson (enfermeira/AMIB), Fernando Osni Machado (médico/AMIB), Jairo Othero (médico/AMIB), Jefferson Piva (médico/AMIB), Juan Pablo Rossini (médico/SATI), Karla Rovatti (psicóloga/AMIB), Nara Azeredo (enfermeira/AMIB), Newton Brandão (médico/AMIB), Patrícia Lago (médica/AMIB), Rachel Duarte Moritz (médica/AMIB) e Raquel Pusch (psicóloga/AMIB).

ABSTRACT

Withholding of treatment in patients with terminal disease is increasingly common in intensive care units, throughout the world. Notwithstanding, Brazilian intensivists still have a great difficulty to offer the best treatment to patients that have not benefited from curative care. The objective of this comment is to suggest an algorithm for the care of terminally ill patients. It was formulated based upon literature and the experience of experts, by members of the ethics committee and end-of-life of AMIB - Brazilian Association of Intensive Care.

Keywords: Terminally ill; Critical illness; Palliative care; Death; Intensive care units

Quadro 1 - Passos a serem tomados para o diagnóstico de um paciente crítico com doença terminal.

Passos a serem tomados para o diagnóstico do paciente com doença terminal na UTI
1. O médico intensivista, coordenador, rotineiro ou plantonista, deve estabelecer de modo formal, uma discussão entre os membros da equipe de profissionais que assistem o paciente, para que, de posse do maior número de informações disponíveis sobre o paciente e sobre o contexto familiar, possa ser estabelecido, de modo objetivo, o diagnóstico de irreversibilidade da atual condição do paciente.
2. A decisão sobre a irreversibilidade da doença deve ser consensual e registrada no prontuário do paciente.
3. Os critérios da irreversibilidade devem ser estabelecidos antes da inclusão da família na discussão. Devem também ser detalhadas quais condutas médicas poderão ser adotadas. Dos critérios de irreversibilidade destaca-se:
a. Quando não se houver obtido a efetividade terapêutica desejada ou quando existem fortes evidências de que o objetivo terapêutico curativo não terá sucesso;
b. Quando o tratamento somente irá manter ou prolongar um quadro de inconsciência permanente e irreversível;
c. Quando o sofrimento é inevitável e desproporcionado ao benefício esperado;
d. Quando tenha sido manifesto o desejo do paciente sobre a eventualidade de uma circunstância como a atual e, no caso de uma doença crônica preexistente, que tenha havido essa informação ao médico assistente;
e. Quando a irreversibilidade do quadro clínico do paciente permita a conclusão de que determinados procedimentos somente irão aumentar o seu sofrimento.
4. Uma vez estabelecidas, de forma consensual, as metas terapêuticas a serem seguidas devem ser registradas em prontuário, cabendo a todos os médicos que assistem o paciente adotá-las.
5. Pode ser proposta, em qualquer tempo, a revisão das decisões tomadas.
6. A fonte para a decisão primária quanto a adoção definitiva do plano assistencial, estabelecido pela equipe para o paciente, é, caso o paciente esteja incompetente, sua família, responsáveis ou representantes legalmente estabelecidos pelo paciente. Na ausência desses, caberá a equipe médica, encaminhar sua decisão para que a mesma seja referendada em instância institucional, ética ou legal.
7. A definição quanto a incompetência de um paciente para a decisão sobre o plano terapêutico proposto pela equipe assistencial, deve ser tomada de modo consensual pelos profissionais que o assistem, sendo registrado em prontuário de forma objetiva, respeitados os aspectos éticos, médicos e legais.

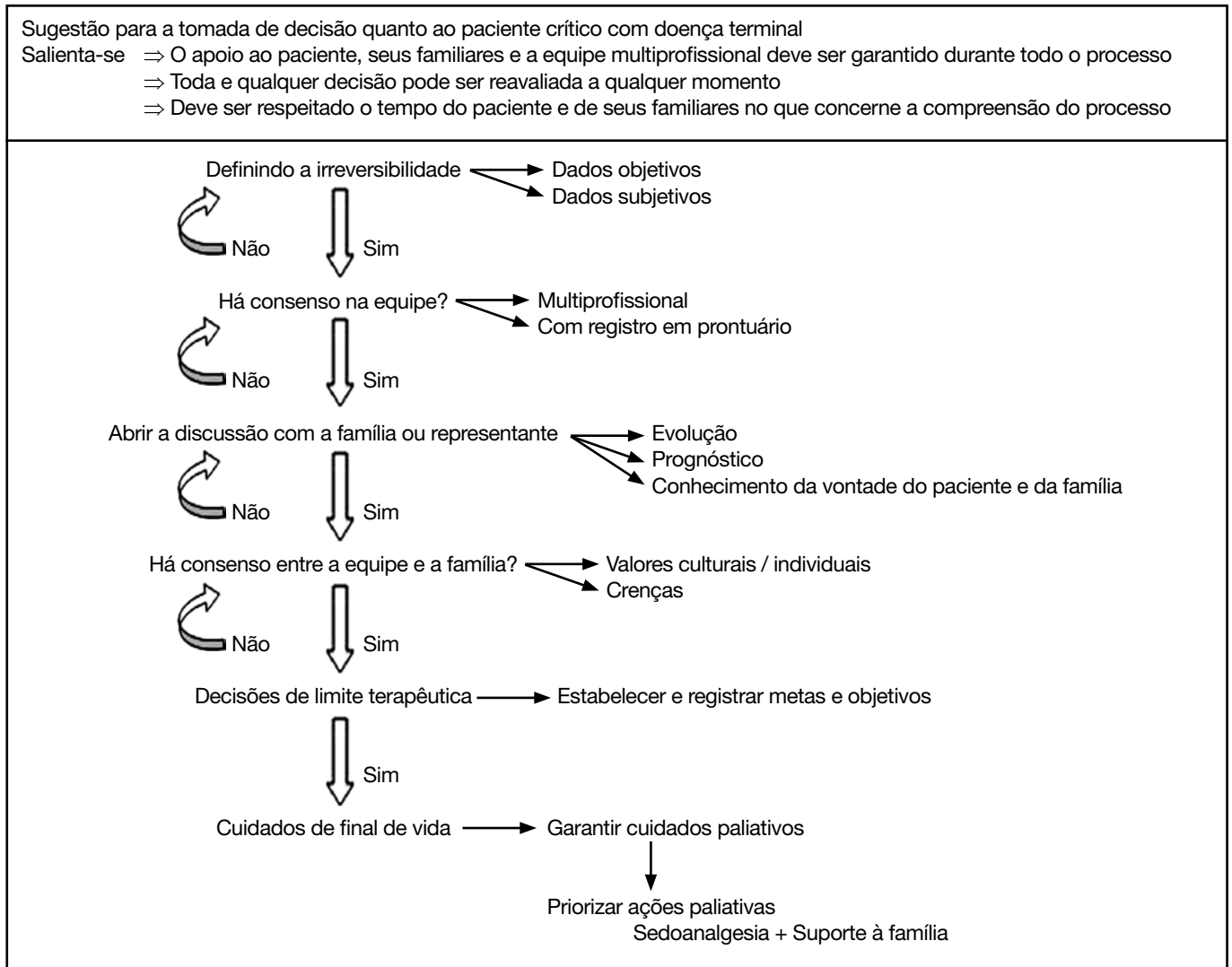


Figura 1 – Sugestão para a tomada de decisão quanto ao paciente crítico com doença terminal.

REFERÊNCIAS

- Moritz RD, Beduschi G, Machado FO. Avaliação dos óbitos ocorridos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Rev Assoc Med Bras (1992). 2008;54(5):390-5.
- Middlewood S, Gardner G, Gardner A. Dying in hospital: medical failure or natural outcome? J Pain Symptom Manage. 2001;22(6):1035-41.
- Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva: [revisão]. Rev Bras Ter Intensiva. 2008;20(4):422-8
- Callahan D. Living and dying with medical technology. Critical Care Med. 2003;31(5 Suppl):S344-6.
- Devictor DJ, Tissieres P, Gillis J, Troug R; WFPICCS Task Force on Ethics. Intercontinental differences in end-of-life attitudes in the pediatric intensive care unit: results of a worldwide survey. Pediatr Crit Care Med. 2006;9(6):560-6.
- Cook D, Rocker G, Giacomini M, Sinuff T, Heyland D. Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. Crit Care Med. 2004;34(11 Suppl):S317-23.
- Sprung CL, Cohen SL, Sjovist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T; Ethicus Study Group. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. JAMA. 2003;290(6):790-7.
- Devictor DJ, Nguyen DT; Groupe Francophone de Réanimation et d'Urgences Pédiatriques. Forgoing life-sustaining

- treatments: how the decision is made in French pediatric intensive care units. *Crit Care Med.* 2001;29(7):1356-9.
9. Mani RK. End-of-life in India. *Intensive Care Med.* 2006;32(7):1066-8.
 10. Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alía I, Caballero J, Bouza C, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med.* 2001;27(11):1744-9.
 11. Kipper DJ, Piva JP, Garcia PC, Einloft PR, Bruno F, Lago P, et al. Evolution of the medical practices and modes of death on pediatric intensive care units in southern Brazil. *Pediatr Crit Care Med.* 2005;6(3):258-63.
 12. Lago PM, Piva JP, Garcia PC, Troster E, Bousso, Sarno MO, Torreão L, Sapolnik R; Brazilian Pediatric Center of Studies on Ethics. End-of-life practices in seven Brazilian pediatric intensive care units. *Pediatr Crit Care Med.* 2008;9(1):26-31.
 13. Lago PM, Devictor D, Piva JP, Bergounioux J. End-of-life care in children: the Brazilian and the international perspectives. *J Pediatr (Rio J).* 2007;83(2 Suppl):S109-16
 14. Soares M, Terzi RG, Piva JP. End-of-life care in Brazil. *Intensive Care Med.* 2007;33(6):1014-7.
 15. Tonelli HA, Mota JA, Oliveira JS. [A profile of medical conduct preceding child death at a tertiary hospital]. *J Pediatr (Rio J).* 2005;81(2):118-25. Portuguese.
 16. Moritz RD, Nassar SM. A attitude dos profissionais de saúde diante da morte. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2004;16(1):14-21.
 17. Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, Cassel J, Cox P, Hill N, et al. Challenges in end-of-life care in ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med.* 2004;30(5):770-84.
 18. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas C, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC; American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2008;36(3):953-63. Erratum in: *Crit Care Med.* 2008;36(5):1699.
 19. Truog RD, Meyer EC, Burns JP. Toward interventions to improve end-of-life care in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Med.* 2006;34(11 Suppl):S373-9.
 20. Pellegrino ED. Decisions to withdraw life-sustaining treatment: a moral algorithm. *JAMA.* 2000;283(8):1065-7.