



Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
Coordenação de Ensino
Programa de Residência Médica em Medicina Intensiva

TULIO POSSATI DE SOUZA

LIMITAÇÕES DO SUPORTE TERAPÊUTICO AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS
NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS NO BRASIL

RIO DE JANEIRO
2019

TULIO POSSATI DE SOUZA

**LIMITAÇÕES DO SUPORTE TERAPÊUTICO AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS
NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Nacional de
Câncer José Alencar Gomes da
Silva como requisito parcial para a
conclusão da Residência Médica em
Medicina Intensiva

Orientador: Dr. André Gustavo
Neves de Albuquerque.

Rio de Janeiro

2019

TULIO POSSATI DE SOUZA

**LIMITAÇÕES DO SUPORTE TERAPÊUTICO AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS
NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS NO BRASIL**

Avaliado e aprovado por:

Nome do orientador

Ass. _____

Nome do avaliador

Ass. _____

Nome do avaliador

Ass. _____

Data: ____ / ____ / ____

Rio de Janeiro

2019

Dedico este trabalho a minha esposa, Danielle, e aos meus filhos Arthur e Thomas, com muito amor e carinho, por serem o motivo da minha luta diária e a força que me impulsiona. Obrigado pela compreensão nos momentos em que precisei me ausentar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que tem me dado força para seguir em frente com minha profissão de total dedicação a vida dos meus pacientes.

Agradeço aos meus pais pelo incentivo e dedicação em minha formação, aos meus familiares por acreditarem em mim e me apoiarem.

Agradecimento em especial a minha esposa Danielle a quem escolhi para ser minha companheira nesta jornada e que me proporcionou a maior felicidade que um homem pode ter: o nascimento dos meus filhos Arthur e Thomas, a quem muito amo e orgulho-me de ter formado uma família tão linda e amada.

Ao meu orientador pelo apoio e confiança, por todo direcionamento na confecção deste trabalho. A todos os meus professores e equipe de saúde da UTI do INCA, pelo aprendizado obtido na prática.

Aos colegas de profissão pela amizade e troca de conhecimento em meio a correria do dia a dia, procurando as melhores alternativas para os pacientes.

Ao INCA que contribuiu com esse trabalho, uma instituição da qual me orgulho e tenho admiração por toda a equipe que nela trabalha.

“Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável”

Van Rensselaer Potter

RESUMO

DE SOUZA, Tulio Possatti. **Limitações do suporte terapêutico em pacientes oncológicos numa unidade de terapia intensiva de adultos no Brasil.** Monografia. (Residência Médica em Medicina Intensiva) — Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, 2019.

A transformação na relação médico-paciente, diante da tomada de decisão nos cuidados do doente crítico, é muito delicada, pois o médico tem a laboriosa missão de garantir a beneficência do paciente. A UTI é uma unidade complexa, onde indivíduos e familiares estão em condições de fragilidade, tendo que diversas vezes encarar a dura realidade de um paciente oncológico grave. O trabalho abordado pretende discutir a limitação do suporte terapêutico oferecido aos pacientes oncológicos numa unidade de terapia intensiva de adultos. O objetivo deste trabalho é refletir e discutir a partir das vivências realizadas como médico, a importância e o dinamismo na condução do cuidado do doente crítico oncológico à luz da bioética e de aspectos legais no Brasil. Este trabalho aborda conceitos de cuidados de fim de vida, limitação de suporte terapêutico na UTI e cuidados paliativos, trazendo uma abordagem que visa facilitar que a equipe multidisciplinar desenvolva um cuidado intensivo proporcional e contemporâneo.

Palavras chave: BIOÉTICA; MEDICINA PALIATIVA; UTI; CUIDADOS CRÍTICOS; ONCOLOGIA.

ABSTRACT

DE SOUZA, Tulio Possatti. **Limitations of the therapeutic support for oncologic patients in an adult intensive care unit in Brazil.** Monografia. (Residência Médica em Medicina Intensiva) — Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, 2019.

The changing in the doctor-patient relationship, in the face of decision-making in the care of the critical patient, is a delicate issue because the physician has the laborious task of ensuring the patient's beneficence. The ICU is a complex unit, where individuals and families are in fragile conditions, having to face the harsh reality of a serious cancer patient. The objective of this study is to discuss the therapeutic support limits of cancer patients in an adult intensive care unit. The aim of this study is to reflect and discuss the importance and dynamism of the critical care patient with cancer in the light of bioethics and legal aspects in Brazil. This monograph deals with end-of-life care concepts and limitations of therapeutic support in the ICU and palliative care, bringing an approach to facilitate the multidisciplinary team to develop a proportional and contemporary intensive care.

Keywords: BIOETHICS; PALLIATIVE MEDICINE; ICU; CRITICAL CARE; MEDICAL ONCOLOGY.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Tipos de câncer mais incidentes estimativa para 2018.....	5
Figura 2. Estimativa para 2018 de novos casos de câncer.....	7
Figura 3. Elementos essenciais à ortotanásia.....	19
Figura 4. Responsabilidade civil médica.....	19
Figura 5. Licitude da ortotanásia.....	21
Figura 6. Modelo de estruturação da integração de cuidados paliativos.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

CCCS – Canadian Critical Care Society

CEJ – Centro de estudos jurídicos

CFM – Conselho Federal de Medicina

DAV – Diretivas Antecipadas da Vontade

ICM – Intensive Care Medicine

INCA – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva

IPAL-ICU – Improving Palliative Care in the ICU

MPF – Ministério Público Federal

OMS – Organização Mundial de Saúde

JAMA – Journal of the American Medical Association

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. O CÂNCER E OS ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS DE MORBIMORTALIDADE NO BRASIL.....	4
3. QUESTÕES BIOÉTIICAS RELACIONADAS AOS CUIDADOS DE FIM DE VIDA E LIMITAÇÃO DE SUPORTE TERAPÊUTICO NA UTI	9
3.1 Conceito de Bioética.....	11
3.2 O Princípio da Beneficência	12
3.3 O Princípio da Não-Maleficência.....	14
3.4 O Princípio da Autonomia e Justiça.....	14
4. QUESTÕES LEGAIS RELACIONADOS AOS CUIDADOS DE FIM DE VIDA E LIMITAÇÃO DE SUPORTE TERAPÊUTICO NA UTI.....	16
4.1 Critérios de admissão e alta da UTI pelo CFM.....	16
4.2 Ortotanásia, Distanásia e Eutanásia	17
4.3 Testamento Vital e Diretivas Antecipadas da Vontade.....	22
4.3.1 Enunciado do CJF sobre testamento vital.....	23
4.4 Resolução do CFM 1995/2012- Diretivas Antecipadas da Vontade.....	26
5. INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS E INTENSIVOS NA CONDUÇÃO DA LIMITAÇÃO DO SUPORTE TERAPÊUTICO NA UTI.....	29
5.1 Modelo Consultivo: Consulta de Cuidados Paliativos na UTI.....	30
5.2 Modelo Integrativo: Integração dos Cuidados Paliativos na Prática Diária da Unidade de Terapia Intensiva.....	32
6. LIMITAÇÃO DE SUPORTE TERAPÊUTICO NA PRÁTICA ATUAL	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	45
ANEXO A - Prós e Contras dos Principais Modelos de Integração de Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva.....	50
ANEXO B – Fluxograma de adequação de suporte terapêutico.....	51
ANEXO C – Plano de metas terapêuticas multidisciplinar.....	53

5. INTRODUÇÃO

Ao longo do início da minha vida profissional ainda como residente de clínica médica vivenciei meus primeiros conflitos éticos, que são compartilhados pela maioria dos profissionais de saúde, e pude perceber o quão difícil e complexo eram determinadas tomadas de decisões e que o resultado dessas decisões e a condução de determinados casos era fruto não somente do meu conhecimento técnico específico, mas também de valores e conceitos pré-adquiridos.

Com o amadurecimento profissional e analisando retrospectivamente determinadas situações práticas pude perceber que poderia ter conduzido algumas situações assistenciais de maneira diferente. Durante minha residência médica de medicina intensiva no Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, tive a experiência de atender pacientes graves com enfoque em portadores de neoplasias malignas.

Quase que diariamente vivenciei ao longo desses últimos dois anos, discussões calorosas quanto à tomada de decisões na condução de doentes graves, que não estavam apresentando boa resposta ao tratamento até então instituído. Com frequência, ficava evidente a diferença de opiniões entre os profissionais quanto à melhor maneira de conduzir determinados casos, a despeito da qualificação técnica da equipe, majoritariamente especializada em medicina intensiva. Além disso, a peculiar relação profissional do intensivista com as equipes clínicas e cirúrgicas assistentes levava a divergências de conduta que, em grande parte das vezes, eram influenciadas também pelo perfil de formação de cada especialidade.

Estudos recentes demonstram, com evidências científicas, que os Cuidados Intensivos na UTI aumentam a sobrevivência dos pacientes em estado crítico. A tecnologia avançada de suporte de vida permite aos médicos prolongarem a vida em circunstâncias que não eram possíveis no passado recente.

Isso tem sido reconhecido não só pela comunidade médica, mas também pela sociedade, e criaram-se expectativas extremamente elevadas de recuperação em relação à doença crítica. Ao mesmo tempo em que mais vidas são salvas, ocorre também que um número maior de pacientes morre nas UTIs depois de receberem

prolongadas terapias de sustentação e manutenção da vida. (SIMCHEM *et.al.*, 2007).

Quando a disfunção de órgãos de uma doença crítica desafia o tratamento, quando os objetivos do cuidado não podem mais ser atendidos, ou quando o suporte de vida é susceptível de resultar em resultados incongruentes com os valores dos pacientes, os clínicos devem garantir que os pacientes morram com dignidade.

A definição de "morrer com dignidade" reconhece a qualidade intrínseca e incondicional do valor humano, mas também as qualidades externas do conforto físico, da autonomia, do significado, da preparação e da conexão interpessoal. (COOK & ROCKER, 2014).

É notável, nos últimos anos, o crescimento da medicina paliativa como área de atuação médica e o entendimento da sua importância na prática assistencial e do seu caráter multidisciplinar. Em 2013, através da resolução nº 2068/13 do CFM, a Medicina Paliativa foi aceita como área de atuação da medicina intensiva, o que, num passado não muito distante era visto como práticas assistenciais opostas, nos dias atuais ganha cada vez mais a necessidade de atuação sincrônica e complementar entre essas duas áreas do saber médico. (CFM, 2013).

Dentre os inúmeros conflitos bioéticos existentes na UTI, um dos mais comuns é a tomada de decisão quanto a limitação de esforço terapêutico e diagnóstico, justamente no local do hospital onde, em tese, seria o mais preparado tanto estruturalmente como em recursos humanos, para oferecer o máximo de suporte terapêutico perante uma disfunção orgânica aguda ameaçadora à vida. Tal circunstância tende a ser comum em uma unidade de terapia intensiva que presta assistência a pacientes oncológicos.

O desenvolvimento científico e a ciência médica nos últimos 50 anos permitiram prolongar a vida e as técnicas de suporte avançado de vida mudaram o jeito de morrer. O médico tinha um poder sobre a vida até então desconhecido. Passou a existir um maior controle do momento da morte e de como ela iria acontecer. Apesar disso, a tecnologia não é inofensiva, e as vezes produzem danos que excedem os benefícios. A obrigação dos médicos para manter a vida a procura de um hipotético benefício para os pacientes, frequentemente, não considera o impacto na qualidade de vida naqueles com mau prognóstico. (HERREROS *et al.*, 2012).

O debate sobre a limitação do esforço terapêutico é derivado da seguinte questão: "Tudo que é cientificamente possível, é eticamente aceitável?". Este não é um debate técnico. Sabemos o que podemos esperar da tecnologia com boa previsibilidade. A questão é se devemos aplicar um tratamento para um paciente quando existem valores em conflito. Prolongar a vida, que é um valor em si mesmo, pode colidir com outros valores, tais como o respeito às decisões do paciente, a qualidade de cuidados ao fim da vida, ou a atenção para outras pessoas quando os recursos são limitados. (HERREROS *et al.*, 2012).

É cada vez mais importante que o médico intensivista se atualize sobre as questões legais pertinentes aos cuidados de fim da vida e suspensão de suporte avançado de vida, que tiveram mudanças importantes no Brasil e no exterior nos últimos anos.

Dada a complexidade do processo decisório de limitação de suporte terapêutico quando o mesmo é fútil e que, em certos momentos prolonga o sofrimento do paciente sem perspectiva de curá-lo, ou melhorar sua qualidade de vida empregando-se tecnologia de alto custo, faz-se necessário que o médico que lide com isso em sua prática saiba exercer muito além do seu complexo conhecimento técnico, que envolve conceitos fisiopatológicos, prognósticos e terapêuticos, aspectos legais e sociais, noções administrativas específicas da instituição onde trabalha, impacto financeiro de suas escolhas, conhecimento sobre bioética e, sobretudo, que desenvolva empatia pelo paciente oncológico.

Portanto, devido aos recentes avanços da medicina intensiva e medicina paliativa como especialidades e a atuação cada vez mais sincrônica de ambas, associadas às mudanças recentes legais referentes ao cuidado ao fim da vida, torna-se muito difícil para o clínico, a beira do leito, instituir limitação de suporte terapêutico, por ser uma decisão transdisciplinar. Ao analisar o contexto atual da prática médica, sobretudo os aspectos éticos e legais, será proposto no final desse trabalho um fluxograma que busca auxiliar o médico intensivista a organizar seu pensamento, levando-se em conta as prioridades que surgem nesse complexo fluxo de tomada de decisão de conduzir um paciente oncológico que está evoluindo com piora clínica, bem como auxiliar o trabalho de toda equipe multidisciplinar envolvida no cuidado.

6. O CÂNCER E OS ÍNDICES DE MORBIMORTALIDADE NO BRASIL

O câncer é uma patologia de grande relevância no cenário da atenção à saúde no Brasil. O planejamento dos cuidados em saúde para atender às necessidades dos pacientes oncológicos de maneira eficaz é um dos principais desafios dos profissionais de saúde.

Por ser o câncer um grupo de patologias distintas com diferentes causas, manifestações, tratamentos e prognósticos, ele se inicia quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Essa célula forma um clone e se prolifera de forma exacerbada, desconsiderando os sinais de regulação do crescimento no ambiente próximo à célula (CHEEVER, 2016).

Os registros de câncer são fontes imprescindíveis para o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas e clínicas, como também para planejamento e avaliação das ações de controle. Os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) surgiram no Brasil em fins dos anos 1960 por iniciativas que buscavam a obtenção de informações sobre morbidade por câncer no país, como se verificava em diversas partes do mundo. No início dos anos 1980, surgia no INCA o primeiro Registro Hospitalar de Câncer (RHC) brasileiro. Os RCBP produzem informações que permitem descrever e monitorar o perfil da incidência, enquanto os RHC reúnem informações que têm por finalidade a avaliação da qualidade da assistência prestada a pacientes atendidos em determinado hospital ou num conjunto de hospitais (BRASIL, 2004).

A estimativa mundial mostra que, em 2012, ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos. Houve um discreto predomínio do sexo masculino tanto na incidência (53%) quanto na mortalidade (57%). De modo geral, as maiores taxas de incidência foram observadas nos países desenvolvidos (América do Norte, Europa Ocidental, Japão, Coreia do Sul, Austrália e Nova Zelândia) (INCA, 2017).

Taxas intermediárias são vistas na América do Sul e Central, no Leste Europeu e em grande parte do Sudeste Asiático (incluindo a China). As menores taxas são vistas em grande parte da África e no Sul e Oeste da Ásia (incluindo a Índia). Enquanto, nos países desenvolvidos, predominam os tipos de câncer

associados à urbanização e ao desenvolvimento (pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto), nos países de baixo e médio desenvolvimento, ainda é alta a ocorrência de tipos de câncer associados a infecções (colo do útero, estômago, esôfago, fígado). Além disso, apesar da baixa incidência, a mortalidade representa quase 80% dos óbitos de câncer no mundo (FERLAY *et al.*, 2013).

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências foram encontradas na mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (FERLAY *et al.*, 2013).

Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. O cálculo global corrigido para o sub-registro aponta a ocorrência de 640 mil casos novos. (MATHERS *et al.*, 2002).

Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina, cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago. (INCA, 2018) (FIG. 1)

Figura 1 – Tipos de Câncer mais incidentes estimados para 2018.

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	68.220	31,7%	Homens	Mulheres	Mama Feminina	59.700	29,5%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%			Cólon e Reto	18.980	9,4%
Cólon e Reto	17.380	8,1%			Colo do Útero	16.370	8,1%
Estômago	13.540	6,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
Cavidade Oral	11.200	5,2%			Glândula Tireoide	8.040	4,0%
Esôfago	8.240	3,8%			Estômago	7.750	3,8%
Bexiga	6.690	3,1%			Corpo do Útero	6.600	3,3%
Laringe	6.390	3,0%			Ovário	6.150	3,0%
Leucemias	5.940	2,8%			Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%			Leucemias	4.860	2,4%

Fonte: INCA, 2018.

Para o Brasil, estimam-se 68.220 casos novos de câncer de próstata para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 66,12 casos novos a cada 100 mil homens. Já para as mulheres, estimam-se 59.700

casos novos de câncer de mama, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres (FIG.1).

Uma proporção considerável dos fatores de risco conhecidos para o câncer está relacionada a exposições de longa duração. Boa parte desses fatores diz respeito a comportamentos construídos nas duas primeiras décadas de vida, como a ausência da prática regular de exercícios físicos, a alimentação inadequada, a exposição à radiação ultravioleta sem proteção, o uso de tabaco e de álcool considerado de risco, a não-vacinação contra agentes infecciosos, como hepatite B, a prática sexual sem proteção etc.(BARRETO, 2005).

A infância e a adolescência são períodos críticos do desenvolvimento em que, além da formação de hábitos de vida, a exposição a fatores ambientais pode afetar a estrutura ou a função de órgãos, tecidos ou sistema corporal, comprometendo a saúde do adulto. Sabe-se, hoje, que várias doenças crônicas têm sua origem no início da vida. Por exemplo, o peso ao nascer tem sido associado a doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes e câncer (INCA, 2004).

Em epidemiologia, o risco tem sido definido como a probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou de um fenômeno indesejado. O conceito de risco tem se ampliado em torno das condições de vida e saúde, assumindo significado mais geral e englobando, em sua definição, várias condições que podem ameaçar os níveis de saúde de uma população ou mesmo sua qualidade de vida. A ocorrência das doenças reflete o modo de viver das pessoas, suas condições sociais, econômicas e ambientais. A forma pela qual o indivíduo se insere em seu espaço social e com ele se relaciona é o que desencadeia o processo patológico e, a partir daí, define diferentes riscos de adoecer e morrer (INCA, 2004).

Hoje, a epidemiologia constitui importante instrumento para a pesquisa na área da saúde, seja no campo da clínica, seja no da saúde pública. Pode-se então dizer que alguns dos objetivos da epidemiologia é estudar o meio no qual se desenvolve a doença, os mecanismos de transmissão, o risco de que surjam novos casos e as medidas preventivas, necessárias para se controlar os fatores que contribuem para o desenvolvimento das doenças (FORATTINI, 2004).

Figura 2 – Estimativa para 2018 de novos casos de câncer, por Estado.

Estados	Próstata	Mama Feminina	Cólon e Reto	Traqueia, Brônquio e Pulmão	Estômago	Colo do Útero	Cavidade Oral
Acre	140	80	40	70	70	90	20
Amapá	90	60	30	50	80	110	20
Amazonas	580	420	280	370	460	840	110
Pará	1.060	740	500	510	740	860	220
Rondônia	340	200	130	180	140	130	60
Roraima	70	50	20	30	40	40	20
Tocantins	420	180	110	130	100	230	50
Alagoas	630	560	180	230	160	320	140
Bahia	4.280	2.870	1.370	1.100	1.170	1.230	760
Ceará	2.730	2.200	940	1.140	1.320	990	480
Maranhão	1.220	720	330	410	420	1.090	130
Paraíba	1.170	880	320	370	470	370	240
Pernambuco	3.050	2.680	1.060	1.080	930	1.030	560
Piauí	950	600	280	300	210	430	130
Rio Grande do Norte	1.090	800	370	390	410	320	230
Sergipe	700	550	210	210	160	250	140
Distrito Federal	850	1.020	670	390	300	290	180
Goiás	2.210	1.670	1.150	1.020	570	580	450
Mato Grosso	1.080	680	400	420	270	340	190
Mato Grosso do Sul	1.190	830	600	470	320	280	210
Espírito Santo	1.510	1.130	730	580	460	250	410
Minas Gerais	6.730	5.360	3.160	2.570	2.170	890	1.440
Rio de Janeiro	6.950	8.050	4.690	3.140	1.660	1.340	1.700
São Paulo	14.890	16.340	12.060	7.650	4.790	1.940	3.990
Paraná	5.480	3.730	2.350	2.370	1.590	820	1.130
Rio Grande do Sul	6.210	5.110	3.180	4.360	1.350	840	1.100
Santa Catarina	2.600	2.190	1.200	1.730	930	470	590
Brasil	68.220	59.700	36.360	31.270	21.290	16.370	14.700

Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: INCA, 2018.

Observamos que há um aumento na incidência de câncer em todo o Brasil (FIG. 2) e, provavelmente, muitos destes casos de câncer podem estar com diagnósticos em fase avançada, o que leva a prognósticos reservados, contribuindo para o aumento de pessoas que necessitam de cuidados paliativos.

Importante enfatizar que o cuidado que a equipe multidisciplinar deva ter ao direcionar os pacientes, não pode ter como objetivo principal, a cura, pois esta nem sempre é possível, assim como a morte não pode ser evitada. Por vezes, o êxito desses objetivos pode ser alcançado temporariamente, porém, o cuidado perante elas deve ser uma constante. A ênfase do cuidado paliativo está no trabalho multidisciplinar com a tomada de atitudes frente à realidade da finitude humana, buscando atender o ser humano na sua globalidade de ser na fase final de vida (MACHADO *et al.*, 2007).

O indivíduo em fase terminal de uma doença oncológica necessita de

inúmeros cuidados, orientações e considerações durante este processo. Para tanto, é necessário que a equipe de uma UTI que atua junto a esses pacientes tenha conhecimento sobre cuidados paliativos e que, a cada dia, se qualifique para melhor atender esses pacientes. Estudos revelam que, pacientes em seus discursos, referem que profissional qualificado é aquele que olha nos olhos, ou seja, presta atenção e demonstra dar importância ao que o paciente fala. Deste modo, o contato visual, a atenção e diálogo são imprescindíveis para a aproximação e o estabelecimento de vínculo e confiança com os pacientes. (ARAUJO & SILVA, 2003).

A importância sobre cuidados paliativos em pacientes terminais se faz necessário, devido à importância da prestação de cuidados humanizados, a fim de promover o alívio da dor e de outros sintomas físicos, controle nas questões psicossociais e compreensão da morte. O médico deve estabelecer metas realistas para satisfazer os desafios encontrados durante o cuidado paliativo, devendo sempre qualificar-se para atender esses pacientes numa unidade de tratamento intensivo, refletindo e discutindo a importância e o dinamismo na condução do cuidado do doente crítico oncológico à luz da bioética e aspectos legais do Brasil.

A partir desta compreensão, é fácil entender a importância de cada vez mais se incentivar a discussão de temas relacionados aos cuidados com o fim da vida em pacientes internados em UTI.

7. QUESTÕES BIOÉTICAS RELACIONADAS AOS CUIDADOS AO FIM DA VIDA E LIMITAÇÃO DE SUPORTE TERAPÊUTICO NA UTI

As questões éticas que hoje se apresentam na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) são inúmeras e complexas: decisões terapêuticas de investir ou não no tratamento do paciente; definição de estado de reversibilidade ou não; administração de nutrição e hidratação; comunicação de más notícias; participação dos familiares no processo de decisões do paciente; interação profissional da equipe de cuidados que atua na UTI com o paciente e familiares (humanização); decisões judiciais para admissão de pacientes em UTI, entre tantas outras (PESSINI, 2016).

Moritz *et al.*, 2012, afirmaram que a morte foi medicalizada e hospitalizada. Aspectos culturais associados aos fatores sociais tornaram a morte institucionalizada. No mundo atual, mais de 70% dos óbitos ocorrem nos hospitais e, mais especificamente, na UTI, onde é quase impossível morrer sem a anuência do médico intensivista (MORITZ *et al.*, 2008).

Angus *et al.*, 2004, através de uma análise retrospectiva feita nos Estados Unidos em 1999, que envolveu todos os pacientes internados em hospitais não-federais nos estados da Flórida, Massachusetts, Nova Jersey, Nova York, Virgínia e Washington, correlacionaram o uso dos cuidados de UTI em pacientes terminais, utilizando-se de dados de alta hospitalar nos seis estados e no índice de mortalidade nacional e na ocasião concluiu que um em cada cinco americanos morrem usando serviços de UTI (ANGUS *et al.*, 2004).

Observam-se alguns problemas éticos relativos aos cuidados de fim da vida nas UTIs, incluindo também os conflitos éticos relativos à alocação de recursos. Assim, por um lado, se reconhece que os cuidados intensivos devem estar disponíveis em tempo hábil para aqueles que deles necessitam com urgência, mas a sua prestação é, em grande parte, dependente da disponibilidade finita de recursos financeiros e humanos.

Os médicos se defrontam com preocupantes conflitos de interesse, através de pressões para utilizar os recursos de saúde de forma racional e, ao mesmo tempo, promover o acesso equitativo e oportuno às UTIs. (MCDERMID & BAGSHAW, 2009). A tomada de decisão nas questões de fim de vida – destacando-se a

eutanásia, o suicídio assistido, a distanásia, a ortotanásia e os cuidados paliativos – ganham cada vez mais destaque nos debates contemporâneos, em decorrência: (a) da ampliação do paradigma biotecnocientífico e do avanço das biotecnologias; (b) da complexidade dos cuidados nos serviços de saúde (unidades de terapias intensivas e tratamentos de suporte vital que prolongam a vida); (c) do envelhecimento populacional; (d) do incremento das doenças crônicas não transmissíveis advindas de tal fenômeno; e (e) da carência de serviços de cuidados paliativos (SABIO, 2016).

Algumas práticas alteraram as circunstâncias da morte, de modo que, muitas vezes, os profissionais envolvidos com o cuidado – principalmente o médico – assumem a responsabilidade pela determinação de quando, de onde e de como morrer, em um contexto no qual boa parte das pessoas se encontra hospitalizada em seus momentos finais.

Nesse contexto, há o temor – justificado – pela genuína possibilidade de sofrimento, o qual poderá ser o resultado do prolongamento da vida a todo custo, mesmo quando há pouca — ou nenhuma — chance de recuperação da saúde ou de se ter uma existência humana significativa (sempre da perspectiva de seu titular). Também há receio sobre o não tratamento adequado da dor e das queixas (com repercussões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais), da não implementação de medidas de conforto e de higiene, do isolamento e do abandono pelas equipes de saúde e/ou pelos familiares e amigos (LIMA & BATISTA, 2015).

Motta e colaboradores, em 2016, fizeram uma revisão analítica de 14 artigos, visando identificar na literatura aspectos que transpassam e angustiam os profissionais de saúde e/ou pesquisadores na prática clínica, apresentando posteriormente reflexões relacionadas ao processo decisório em bioética clínica. Eles constataram que a tomada de decisão em bioética clínica configura processo extremamente difícil para profissionais da área da saúde (MOTTA *et al.*, 2016). O estudo cita que as questões que inquietam esses profissionais são diversificadas, perpassando situações de conflito e tensão com relação à decisão mais ajustada às situações de início e fim de vida. Além disso, a comunicação de más notícias ao enfermo e/ou a seus familiares, instalação de cuidados paliativos, respeito à autonomia dos pacientes e à dignidade da própria vida, bem como reconhecimento da busca por conceitos e práticas além da especialidade técnica e da ética

profissional são também fatores que acarretam dificuldades às equipes de saúde. A corrente bioética principialista foi adotada na maioria dos estudos analisados pelos autores para abordagens dos problemas em bioética clínica (MOTTA *et al.*, 2016).

O autor sugeriu a ampliação da discussão e reflexão, empregando-se outras correntes de bioética. Foi proposto o desenvolvimento de novas estratégias de apoio à tomada de decisão, contemplando, entre elas, a consulta a comissões de bioética; aplicação da abordagem computacional e procedimentos que permitam a abordagem pragmática da relação entre meios, fins e envolvidos, possibilitando que o processo decisório inclua sistemas de valores e preferências razoáveis e prudentes (MOTTA *et al.*, 2016).

Em 2015, Thompson publicou um artigo informativo sobre as Diretivas Antecipadas da Vontade (DAV): São instruções escritas que o paciente prepara para ajudar a guiar seu cuidado médico. São aplicadas a situações específicas como uma doença terminal ou grave e produzem efeito quando o médico determina que o paciente não é mais capaz de decidir acerca de seus cuidados médicos. As DAV podem ser manifestadas principalmente de duas maneiras: testamento vital e o mandato duradouro. No testamento vital o paciente define os cuidados, tratamentos e procedimentos médicos que deseja ou não para si. No mandato duradouro há a escolha de alguém em quem o paciente confia para tomar decisões sobre seus cuidados médicos. Os tratamentos podem incluir coisas como ressuscitação cardiopulmonar, ventilação mecânica, medicamentos, tubos de alimentação, nutrição artificial, diálise e fluidos intravenosos (THOMPSON, 2015).

3.1 Conceito de Bioética

O início da Bioética se deu no começo da década de 1970, com a publicação de um pesquisador e professor norte-americano da área de oncologia, Van Rensselaer Potter (POTTER, 1971). Potter estava preocupado com a dimensão que os avanços da ciência, principalmente no âmbito da biotecnologia, estavam adquirindo. Assim, propôs um novo ramo do conhecimento que ajudasse as pessoas a pensar nas possíveis implicações (positivas ou negativas) dos avanços da ciência sobre a vida (humana ou, de maneira mais ampla, de todos os seres vivos). Ele sugeriu que se estabelecesse uma “ponte” entre duas culturas, a científica e a humanística, guiado pela ideia de que “nem tudo que é cientificamente possível é

eticamente aceitável” (POTTER, 1971). Um dos conceitos que definem Bioética (“ética da vida”) é que esta é a ciência “que tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis, denunciar os riscos das possíveis aplicações” (LEONE *et al.*, 2001).

Para Potter, o sentido do termo Bioética tal como é usado é diferente do significado que hoje é atribuído. Potter usou o termo para se referir à importância das ciências biológicas na melhoria da qualidade de vida; quer dizer, a Bioética seria, para ele, a ciência que garantiria a sobrevivência no planeta (POTTER, 1971).

O termo Bioética poderia ser usado também com o significado amplo referente à ética ambiental planetária, por exemplo: o tema dos agrotóxicos ou o uso indiscriminado de animais em pesquisa ou experimentos biológicos. Mas não é esta, atualmente, sua conotação específica e mais comum. Segundo a Encyclopedia of Bioethics (REICH, 1978), bioética é “o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais”. Este conceito é resultado da colaboração de 285 especialistas e 330 supervisores para enciclopédia, sendo a maior contribuição coletiva para a Bioética numa só obra (REICH, 1978).

Existem diversas propostas para estabelecer quais são os critérios que devem orientar nos processos de decisão com os quais os médicos podem se deparar. Esses princípios foram propostos primeiro no Relatório Belmont, de 1978, para orientar as pesquisas com seres humanos (NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, 1978) e, em 1979, Beauchamps e Childress, em sua obra Principles of Biomedical Ethics, estenderam a utilização deles para a prática médica, ou seja, para todos aqueles que se ocupam da saúde das pessoas (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 1989).

3.2 O Princípio de Beneficência

O primeiro princípio que devemos considerar na prática profissional do médico é o da beneficência – não-maleficência. O benefício (e o não malefício) do paciente (e da sociedade) sempre foi a principal razão do exercício das profissões que envolvem a saúde das pessoas (física ou psicológica). Beneficência significa

“fazer o bem”, e não-maleficência significa “evitar o mal”.

Desse modo, sempre que o profissional propuser um tratamento a um paciente, ele deverá reconhecer a dignidade do paciente e considerá-lo em sua totalidade (todas as dimensões do ser humano devem ser consideradas: física, psicológica, social, espiritual), visando oferecer o melhor tratamento ao seu paciente, tanto no que diz respeito à técnica quanto no que se refere ao reconhecimento das necessidades físicas, psicológicas ou sociais do paciente. Um profissional deve, acima de tudo, desejar o melhor para o seu paciente, para restabelecer sua saúde, para prevenir um agravo, ou para promover sua saúde.

A beneficência no seu sentido estrito deve ser entendida como uma dupla obrigação, primeiramente a de não causar danos e, em segundo lugar, a de maximizar o número de possíveis benefícios e minimizar os prejuízos (HOTTOIS & PARIZEAU, 1993). É evidente que o médico e demais profissionais de saúde não podem exercer o princípio da beneficência de modo absoluto. A beneficência tem também os seus limites – o primeiro dos quais seria a dignidade individual, sempre prevalecendo a ética.

A história da ética, que tem acompanhado a prática médica ao longo dos séculos, é em alguma medida exercício da beneficência. Edmund Pellegrino e David Thomasma não ocultam essa marca nem sequer na medicina contemporânea e identificam, portanto, a prática médica e o princípio da beneficência: “a medicina como atividade humana é por necessidade uma forma de beneficência” (PELLEGRINO & THOMASMA, 1988). O princípio da beneficência requer, de modo geral, que sejam atendidos os interesses importantes e legítimos dos indivíduos e que, na medida do possível, sejam evitados danos.

Na Bioética, esse princípio se ocupa da procura do bem-estar e interesses do paciente por intermédio da ciência médica e de seus representantes ou agentes, procurando não causar danos, maximizando o número de possíveis benefícios e minimizando os prejuízos (THE NATIONAL, 1979).

Fundamenta-se nesse princípio a imagem do médico que perdurou ao longo da história, e que está fundada na tradição hipocrática: “usarei o tratamento para o bem dos enfermos, segundo minha capacidade e juízo, mas nunca para fazer o mal e a injustiça” e “no que diz respeito às doenças, criar o hábito de duas coisas: socorrer, ou, ao menos não causar danos” (HIPPOCRATES, 1984).

3.3 O princípio da Não-Maleficência

O princípio de não-maleficência envolve abstenção, enquanto o princípio da beneficência requer ação. O princípio de não-maleficência é devido a todas as pessoas, enquanto que o princípio da beneficência, na prática, é menos abrangente.

Nem sempre o princípio da não-maleficência é entendido corretamente pois a sua prioridade pode ser questionada. Conforme Gillon (1985), a prática da medicina pode, às vezes, causar danos para a obtenção de um benefício maior. Um paciente por exemplo, com melanoma numa das mãos poderá perder o braço para salvar a vida (GILLON, 1985, SHARPE, 1997).

É evidente que o interesse principal não é nem cortar o braço, é um caso típico da denominada teoria moral do duplo efeito. Recomenda-se, portanto, examinar conjuntamente os princípios da beneficência e da não-maleficência. Não sendo assim, os médicos recusar-se-iam a intervir sempre que houvesse um risco ameaçador grave. O princípio da não-maleficência não tem caráter absoluto e, conseqüentemente, nem sempre irá ter prioridade em todos os conflitos.

3.4 O princípio da Autonomia e da Justiça

De acordo com esse princípio, as pessoas têm “liberdade de decisão” sobre sua vida. A autonomia é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, que foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas de 1948, manifesta logo no seu início que as pessoas são livres. Nos últimos anos, tem sido frequente a busca pela liberdade (ou autonomia). Nos casos de atendimento clínico de pacientes, podemos mencionar o Código de Defesa do Consumidor, o qual, em alguns de seus artigos, garante proteção às pessoas que buscam serviços de saúde, por exemplo, no que diz respeito ao direito de serem suficientemente informadas sobre o procedimento que o profissional vai adotar (JUNQUEIRA, 2007).

O princípio da Justiça, se refere à igualdade de tratamento e à justa distribuição das verbas do Estado para a saúde, pesquisa etc. Costumamos acrescentar outro conceito ao de justiça: o conceito de equidade, que representa dar

a cada pessoa o que lhe é devido segundo suas necessidades, ou seja, incorpora-se a ideia de que as pessoas são diferentes e que, portanto, também são diferentes as suas necessidades.

De acordo com o princípio da justiça, é preciso respeitar com imparcialidade o direito de cada um. Não seria ética uma decisão que levasse um dos personagens envolvidos (profissional ou paciente) a se prejudicar. É também a partir desse princípio que se fundamenta a chamada objeção de consciência, que representa o direito de um profissional de se recusar a realizar um procedimento, aceito pelo paciente ou mesmo legalizado.

Portanto, todos esses princípios devem ser seguidos e, diante de um processo de decisão, devemos, primeiramente, nos lembrar do nosso fundamento (o reconhecimento do valor da pessoa); em seguida, devemos buscar fazer o bem para aquela pessoa (e evitar um mal); depois, devemos respeitar suas escolhas (autonomia); e, por fim, devemos ser justos. (JUNQUEIRA, 2007).

4. QUESTÕES LEGAIS RELACIONADAS AOS CUIDADOS AO FIM DA VIDA E LIMITAÇÃO DE SUPORTE TERAPÊUTICO

4.1 Critérios de admissão e alta da UTI pelo CFM

Em recente resolução do CFM nº 2.156, de 28 de outubro de 2016, foram estabelecidos os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva, sendo dada ênfase que a admissão e alta em unidade de tratamento intensivo são de atribuição e competência do médico intensivista, levando em consideração a indicação médica e a ordenação por prioridades de acordo com o contexto clínico (CFM, 2016).

Na realidade em que vivemos no Brasil, o papel atribuído ao intensivista de escolher quem será admitido na UTI, muitas vezes o coloca em uma situação onde tem que decidir quem terá o direito de receber suporte avançado de vida pleno, levando-se em conta uma ordem de prioridades. Em tese, isso já pressupõe que o paciente não escolhido ou melhor dizendo, preterido, terá suas perspectivas de suporte avançado de vida limitados, ou não iniciados.

A disponibilidade de recursos de UTI varia substancialmente em diferentes países, bem como as decisões sobre admissão, triagem e cuidados ao fim da vida. Por exemplo, os cuidados da UTI não estão disponíveis em muitos países do mundo em desenvolvimento e nas regiões rurais dos países desenvolvidos. Uma parte integrante da ética dos cuidados críticos é o processo de tomada de decisão sobre quem precisa de tratamento na UTI, e quando esse tratamento não é mais indicado. O tratamento pode ser contraindicado, porque o paciente não está doente o suficiente, ou porque está em estágio de doença avançada e irreversível, não se beneficiando do suporte avançado de vida (MORITZ *et al.*, 2008; DOWNAR *et al.*, 2016).

A American Thoracic Society delineou vários princípios importantes que devem orientar a tomada de decisão sobre admissão e triagem. O principal dever da equipe da UTI é garantir o bem-estar do paciente. O dever da equipe da UTI de proporcionar benefícios a um paciente tem limitações quando a prestação de cuidados para esse paciente compromete injustamente o cuidado com os outros (ANGUS *et al.*, 2004; MORITZ *et al.*, 2008; DOWNAR *et al.*, 2016).

A recomendação de que cada UTI deve ter critérios explícitos e escritos para

a admissão e a alta do paciente é apoiada por declarações de sociedades profissionais de cuidados intensivos. A maioria das UTIs possui tais critérios, mas geralmente requerem interpretação na aplicação aos pacientes e aos médicos intensivistas, que relatam que esses critérios não são explicitamente usados para decidir o status de admissão ou triagem para a maioria dos pacientes (MORITZ *et al.*, 2008; DOWNAR *et al.*, 2016).

4.2 Ortotanásia, Distanásia e Eutanásia

Em 2006, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 1.805 1, que em observância ao princípio fundamental da dignidade humana dispõe sobre a morte digna. Apesar desse avanço, em maio de 2007 o Ministério Público Federal (MPF) ajuizou a Ação Civil Pública 2007.34.00.014809-3 requerendo, alternativamente, a nulidade da resolução ou que fossem definidos os critérios para a prática da ortotanásia. Pleiteando a improcedência da ação foi apresentado parecer que demonstrou, com primazia, a definição dos conceitos de ortotanásia, eutanásia e distanásia, permitindo melhor compreensão do texto da resolução.

Eutanásia é uma palavra de origem grega (eu – bom; thanatos – morte) e é definida como a boa morte, morte sem dor ou ainda como morte serena. A palavra “eutanásia” foi criada no século XVII, pelo filósofo Francis Bacon em sua obra “*Historia vitae et mortis*” (DAMASCENO, 2014; MOLINARI, 2017).

Na Europa, a eutanásia era associada à eugenia – explicada melhor no capítulo a seguir. Buscava-se justificar a eliminação de pacientes terminais, deficientes e aqueles que sofriam com alguma doença considerada indesejável. Nestes casos, era realizada uma “higienização social”, sendo que, a eutanásia era um modo de se alcançar esse objetivo. Buscava-se o aperfeiçoamento de uma raça, não era realizada por compaixão, piedade ou direito para findar com a própria vida.

O Estado de Oregon nos Estados Unidos da América, através da lei “*Death with Dignity Act*” (em tradução literal, ato de morte com dignidade), permite que seus médicos possam prescrever drogas letais a pacientes comprovadamente lúcidos e com prognóstico máximo de seis meses de vida, desde 1997. Washington e Vermont também aprovaram leis que permitem o suicídio assistido em pacientes terminais;

em Montana e no Novo México houve decisões judiciais que autorizaram o procedimento, apesar de não haverem leis específicas. (MOLINARI, 2014)

No Brasil, foi apresentado um Projeto de Lei no Senado Federal em 1996, que sequer foi colocado em votação, instituindo a possibilidade da prática no Brasil. Houve uma tentativa. Trata-se do Projeto de Lei nº. 125/96 de autoria do senador Gilvam Borges do Amapá. Propunha-se neste que, a eutanásia fosse permitida desde que uma junta de cinco médicos atestasse o desperdício do sofrimento físico ou psíquico do doente. O paciente era quem deveria requerer a eutanásia e, se caso estivesse inconsciente, a decisão caberia a sua família, o projeto foi arquivado em 2013. (DAMASCENO, 2014).

Atualmente a eutanásia, não é prevista no ordenamento jurídico brasileiro de forma explícita, porém é aplicada a tipificação prevista no artigo 121 do Código Penal, homicídio simples ou qualificado, podendo incidir a atenuante do homicídio privilegiado, considerando-se a hipótese de a pessoa agir impelida por relevante valor social ou moral, ou sob domínio de violenta emoção. Dependendo da conduta que o indivíduo possa vir a praticar, pode-se tipificá-la como crime de participação em suicídio, previsto no artigo 122, ou como omissão de socorro, artigo 135 do mesmo diploma (BRASIL, 1940).

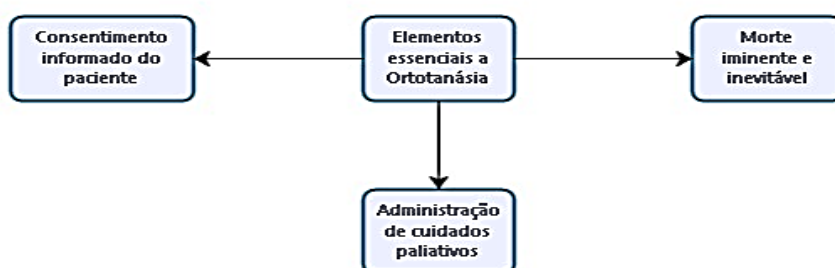
Se compreende eutanásia como a provocação da morte de paciente em fase terminal de vida ou acometido por doença incurável, praticada por terceiro movido por sentimento de piedade; distanásia, como o prolongamento artificial do estado de degenerescência praticado pelo médico por meio de tratamentos extraordinários; e ortotanásia como a não intervenção no desenvolvimento da morte natural de pacientes em fase terminal de vida, quando a morte é iminente e inevitável. Com a adoção dos fundamentos desse parecer, o magistrado julgou a Ação Civil Pública improcedente. (CRUZ & OLIVEIRA, 2013).

Por meio de interpretação constitucional baseada no princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, bem como no direito à vida, é possível afirmar que a Constituição Federal protege, de maneira implícita, o direito à morte digna. Entretanto, o sistema jurídico brasileiro não possui norma federal que disponha sobre o tema. Considerando que a morte digna envolve questões polêmicas dos pontos de vista jurídico, religioso, social, médico e filosófico cabe dizer que a lacuna normativa gera insegurança jurídica relevante, manifesta no temor dos médicos de

sofrer punição judicial pela prática da ortotanásia – mesmo quando sabem que a prática é, de fato, lícita (CRUZ & OLIVEIRA, 2013).

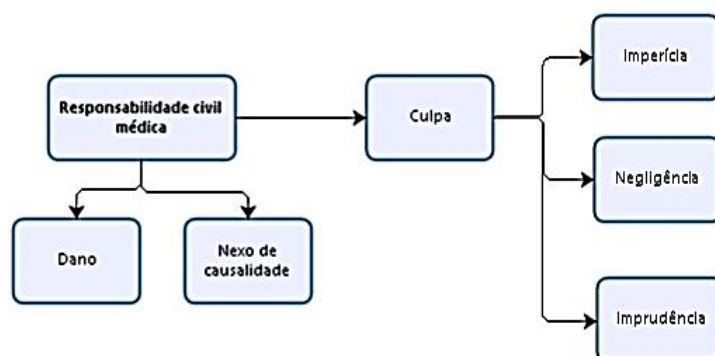
Ao se considerar a hipótese de responsabilização de um médico que pratica a ortotanásia, é preciso ponderar no que ela consiste e quais elementos são necessários para a configuração da responsabilidade civil, pois o seu próprio conceito impede que se consolidem os elementos da responsabilidade civil. Os elementos essenciais a ortotanásia são: morte iminente e inevitável, administração de cuidados paliativos e consentimento informado do paciente (FIG. 3).

Figura 3 – Elementos essenciais à Ortotanásia



Quanto à responsabilidade civil, seus elementos principais são: culpa stricto sensu, dano e nexos de causalidade (FIG. 4).

Figura 4 – Responsabilidade civil médica



Ao praticar a ortotanásia o médico não estaria agindo com negligência, imperícia ou imprudência, em regra. Porque se pressupõe que, para que a ortotanásia se configure, é preciso que o médico avalie o prognóstico do paciente, preocupando-se com sua “qualidade de morte” e autonomia, converse sobre o fim

da vida, tratamentos possíveis e administre cuidado paliativo. Seria também impossível a consolidação do nexo de causalidade entre o ato do médico e a morte do paciente, visto que a ortotanásia refere-se a pacientes terminais (CRUZ & OLIVEIRA, 2013).

Assim, em razão da própria enfermidade, não há possibilidade de reversão do quadro do paciente. Há, sim, a possibilidade de prolongar sua vida, destituída, contudo, de qualidade e bem-estar. Nesse sentido, impossível atribuir o evento morte à conduta do médico que pratica a ortotanásia, especialmente porque ele não privou o paciente de cuidados essenciais, pelo contrário, afastou os cuidados inócuos à recuperação e administrou cuidados paliativos. É cediço que a morte imprevista e injustificada gera um dano indenizável, tanto moral quanto material, mas não é em toda e qualquer circunstância que deve ser considerada um dano.

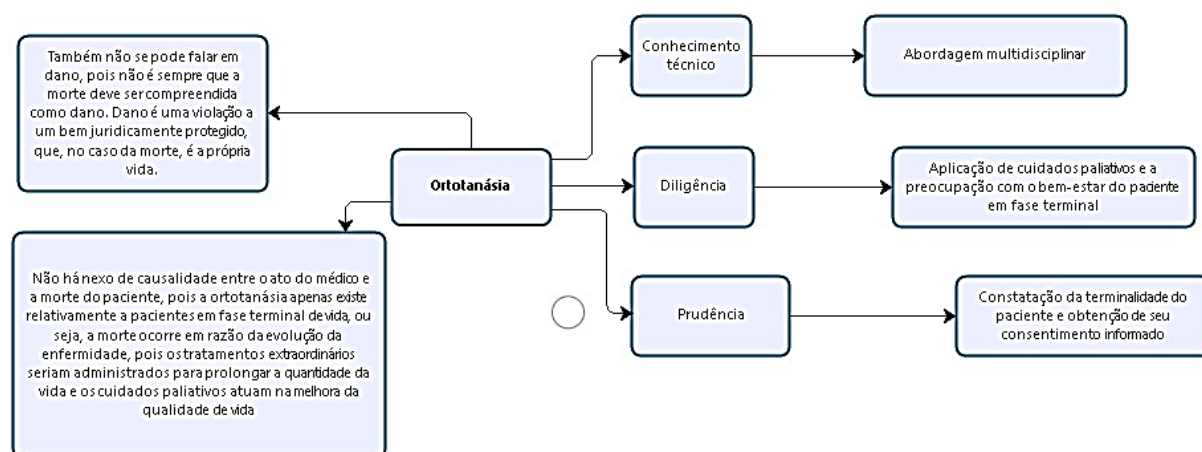
Hoje, é possível estender o fim da vida a duras penas, induzindo questionamentos relacionados à permissão para morrer. Não há violação de qualquer preceito jurídico se o médico, de acordo com o consentimento do paciente, suspende os tratamentos extraordinários e passa a administrar cuidados paliativos. É verdade que o consentimento do paciente é ineficaz quando versar sobre um comportamento ilícito, como o aborto ou o suicídio assistido. Entretanto, a ortotanásia é prática lícita, pois visa ao bem-estar do paciente em fase terminal – e a declaração de vontade que consentir a ortotanásia tem plena eficácia (CRUZ & OLIVEIRA, 2013).

Por sua vez, o médico que vier a submeter um paciente a determinado tratamento contra sua vontade pratica o crime de constrangimento ilegal, salvo se o paciente correr risco de morte. Em termos de responsabilidade civil, paralelamente ao constrangimento ilegal previsto pela legislação penal, a atitude do médico que ignora a declaração de vontade do paciente terminal que em plenas faculdades mentais deseja recusar intervenções extraordinárias caracteriza, a negligência, podendo o profissional vir a ser responsabilizado civilmente (CRUZ & OLIVEIRA, 2013).

Em estudo que destinou-se à análise da responsabilidade civil do médico que pratica a ortotanásia, buscou-se, através de levantamento doutrinário e jurisprudencial avaliar se o ato médico consistente no auxílio à morte digna do paciente terminal seria passível de responsabilização na esfera civil (FIG. 5).

Entretanto, não há como responsabilizar civilmente o médico que pratica a ortotanásia, pois o seu próprio conceito impede a conformação dos elementos da responsabilidade civil. Ou seja, não há culpa, dano ou nexo de causalidade. Não há culpa, seja sob a forma de negligência, imprudência ou imperícia, porque a ortotanásia pressupõe a aplicação de cuidados paliativos e a preocupação com o bem-estar do paciente em fase terminal, ocorrendo, portanto, diligência (atenção à “qualidade de morte” do paciente), prudência (constatação da terminalidade do paciente e obtenção de seu consentimento informado) e conhecimento técnico (cuidados paliativos, que envolvem diversos ramos da medicina e outros a ela alheios). Também não se pode falar em dano, pois não é sempre que a morte deve ser compreendida como dano. Dano é uma violação a um bem juridicamente protegido, que, no caso da morte, é a própria vida. (CRUZ & OLIVEIRA, 2013)

Figura 5 – Licidade da Ortotanásia.



A ortotanásia existe mediante consentimento livre e esclarecido do paciente no fim da vida, o que configura o atendimento do médico ao direito subjetivo do paciente escolher o próprio tratamento, não havendo comportamentos que ocasionem diretamente a morte. (CRUZ & OLIVEIRA, 2013)

Trata-se, portanto, de comportamento ético do médico e de exercício do direito à autonomia do paciente. Não há nexo de causalidade entre o ato do médico e a morte do paciente, pois a ortotanásia apenas existe relativamente a pacientes em fase terminal de vida, ou seja, a morte ocorre em razão da evolução da enfermidade, pois os tratamentos extraordinários seriam administrados para prolongar a quantidade da vida e os cuidados paliativos atuam na melhora da

qualidade de vida. Ao rechaçar a declaração de vontade do paciente em fase terminal que requer a suspensão de tratamentos extraordinários, o médico age com culpa sob a forma de negligência, o que resulta em dano moral, pois feridas a dignidade e a autonomia do paciente, devendo o médico ser responsabilizado (CRUZ & OLIVEIRA, 2013).

Assim, entende-se que o médico que pratica a ortotanásia não pode ser responsável civilmente pelo ato em si ou pela conseqüente morte do paciente. Ao contrário, age de forma a garantir a autonomia do paciente com vistas à melhor qualidade de morte possível, em verdadeira realização do princípio da dignidade da pessoa humana (CRUZ & OLIVEIRA, 2013).

4.3 Testamento Vital e Diretivas Antecipadas da Vontade

Ainda não existe legislação específica no Brasil, contudo, isso não significa que o testamento vital não seja válido. Não é apenas a existência de lei que torna legal um instituto no direito brasileiro. Isto porque o ordenamento jurídico brasileiro é composto por regras, que são as leis, e princípios, que são normas jurídicas não específicas, precisando assim de serem interpretadas diante do caso concreto. (BRASIL, 2012).

Temos na Constituição Brasileira os princípios da Dignidade da Pessoa Humana (art. 1, § 3º CRFB, 1988), da Autonomia Privada (princípio implícito no art. 5o) e a proibição constitucional de tratamento desumano (art. 5, §3º CRFB, 1988). Significa dizer que a Lei Maior do Brasil reconhece o direito à vida desde que esta seja digna e mais, reconhece a autonomia da pessoa. Assim, obrigar uma pessoa a se submeter a um tratamento que ela não deseja quando este não terá função de lhe devolver uma vida plena é degradante.

Interessante notar que o CFM aprovou no dia 30.08.2012 a resolução nº 1995/2012 que permite ao paciente registrar seu testamento vital na ficha médica ou no prontuário. Esta resolução representa um grande avanço no Brasil, pois garante vincula o médico à vontade do paciente. Inclusive, o Poder Judiciário reconheceu a constitucionalidade dessa resolução. Contudo, é necessária a edição de uma lei específica para afim evitar questionamentos sobre a validade desses documentos e

regulamentar questões específicas sobre o registro, prazo de validade, idade mínima do outorgante, entre outros (CFM, 2012).

4.3.1 *Enunciado do CJF sobre testamento vital*

O Conselho da Justiça Federal, por meio do seu Centro de Estudos Judiciários – CEJ, dentre os serviços que presta ao aperfeiçoamento da Justiça Federal, tem promovido as Jornadas de Direito Civil, desde 2002. O objetivo é reunir magistrados, professores, representantes das diversas carreiras jurídicas e estudiosos do Direito Civil para o debate, em mesa redonda, de temas sugeridos pelo Código Civil de 2002 e aprovar enunciados que representem o pensamento da maioria dos integrantes de cada uma das diversas comissões (Parte Geral, Direito das Obrigações, Direito das Coisas, Direito de Empresa, Responsabilidade Civil e Direito de Família e Sucessões).

Os enunciados não expressam o entendimento do Conselho da Justiça Federal, que apenas promove o evento, menos ainda do Superior Tribunal de Justiça, mas representam o pensamento médio da maioria das respectivas comissões temáticas. (CJF, 2012)

Foi publicado pela autora Laura Scaldaferrri (Art. 1857) o enunciado transcrito a seguir:

Toda pessoa juridicamente capaz poderá, por meio de documento, devidamente assinado, declarar quais tipos de tratamentos médicos aceita ou rejeita, o que deve ser obedecido nos casos futuros em que se encontre em situação que o impossibilite de manifestar sua vontade, como, por exemplo, o coma. O testamento vital é um documento com diretrizes antecipadas, referentes à assistência e ao tratamento médico a que será submetido um paciente, em sua fase terminal, quando se encontrar em condição física ou mental incurável ou irreversível, e sem expectativas de cura. Ao contrário dos testamentos em geral, que são atos jurídicos destinados à produção de efeitos *post mortem*, os testamentos vitais são dirigidos à eficácia jurídica antes da morte do interessado (BRASIL, 2002),

Justificativa: Não há norma jurídica no Brasil que regule a figura do testamento vital, embora não exista razão que impeça a discussão de sua validade. Por não vigorar, quanto aos atos jurídicos, o princípio da tipicidade, os particulares têm ampla

liberdade para instituir categorias não contempladas em lei, contanto que tal não venha a afrontar o ordenamento. Já que o instituto não encontra previsão legal no País, não há como afirmar categoricamente quais seriam seus requisitos formais, o que não é despreciando: a qualquer ato jurídico a que faltem pressupostos de ordem formal é cominada a sanção da nulidade, nos termos dos arts. 104, § 3º e 166, § 4º, do Código Civil. Por outro lado, constata-se que os atos jurídicos, em geral, independem de forma, a não ser quando a lei expressamente eleja alguma, conforme dispõe o art. 107, também do Código Civil. Em tese, pois, poder-se-ia alegar que, como a lei não contempla qualquer solenidade para a prática do ato em questão, a forma seria livre. Ultrapassada a análise dos requisitos de validade, subsistirá a discussão quanto ao conteúdo do documento (BRASIL, 2002).

Afinal, não estão assentadas as discussões a respeito da possibilidade de recusa a tratamento médico necessário para preservar a vida do paciente, ou quanto à legitimidade da supressão da vida humana pela eutanásia, nem mesmo nos casos de ortotanásia, em que ocorre a interrupção de tratamento vital, deixando-se de ministrar a medicação adequada ao paciente em estado terminal e irreversível.

Por isso, ainda que se reconheça a possibilidade da elaboração de um testamento vital, embora sem previsão legal, poderia surgir outro empecilho à validade do ato: como os arts. 104, § 2º e 166, § 2º, do Código Civil exigem que todo ato jurídico depende da licitude do objeto, poderá ser questionada a subsistência do testamento vital, sobretudo por aqueles que entendem que a vida, bem maior de todos, deve sempre ser preservada a qualquer custo, ainda que contra a vontade do próprio paciente.

Diante das bases expostas, resta concluir que o testamento vital não somente deve encontrar espaço no ordenamento brasileiro, como urge reconhecer sua validade por meio de lei, o que consagra o direito à autodeterminação da pessoa quanto aos meios de tratamento médico a que pretenda ou não se submeter.” (BRASIL, 2002).

Art. 1857, § 2º Autores: Guilherme Calmon Nogueira da Gama e Bruno Paiva

Bartholo Enunciado:

É válido e eficaz, com base no art. 1.857, § 2º, do Código Civil, o testamento em que a pessoa estabelece disposições sobre que tipo de tratamento ou de não tratamento deseja para o caso de se encontrar doente em estado terminal e sem condições de manifestar a sua vontade. As hipóteses de não tratamento se restringem àquelas da prática de ortotanásia.” (BRASIL, 2002).

Justificativa: No atual ordenamento jurídico, tem-se enfatizado a relevância ímpar do valor da dignidade da pessoa humana, constitucionalmente previsto no art. 1º, III, CF. Em virtude disso, constantes têm sido as divagações doutrinárias a respeito de seus contornos, podendo-se fazer alusão à sistematização adotada pela professora Maria Celina Bodin de 306 V Jornada de Direito Civil Moraes, segundo a qual o substrato jurídico da dignidade humana pode ser desdobrado nos princípios da igualdade, da liberdade, da integridade psicofísica e da solidariedade. Além disso, é de se salientar que o valor da dignidade humana se aplica tanto às situações patrimoniais como àquelas existenciais, assumindo, podendo-se afirmar que, nestas derradeiras, a liberdade assume o papel de autodeterminação da vida privada: O princípio da liberdade individual se consubstancia, cada vez mais, numa perspectiva de privacidade, de intimidade, de exercício da vida privada. Liberdade significa, hoje, poder realizar, sem interferências de qualquer gênero, as próprias escolhas individuais, exercendo-as como melhor convier (BRASIL, 2002).

Para tal exercício livre das escolhas individuais, tão caro à autonomia privada, o testamento, enquanto negócio jurídico personalíssimo e ato de última vontade de uma pessoa, se demonstra essencial para a disposição não somente quanto a situações patrimoniais, mas também quanto àquelas existenciais, razão pela qual fez bem o Código Civil de 2002 em ressaltar a subsistência do conteúdo testamentário ainda que este se refira tão apenas a interesses não patrimoniais, ao contrário do Código de Beviláqua, omissos a respeito. Considerando essas ponderações, vislumbra-se a possibilidade de o testamento, dotado, no ordenamento pátrio, de formalidades bastante rígidas que garantem a fidedignidade de seu teor, ser

adotado para fins de determinação do procedimento a ser seguido em caso de ulterior doença terminal do testador e que impeça este de externar, validamente, a sua vontade. O documento testamentário com essa feição, chamado de testamento vital ou de living will, pode influenciar o tratamento médico a ser escolhido, esclarecendo, inclusive, questões atinentes à responsabilidade médica no caso concreto: O testamento vital, ao lado de evitar os procedimentos médicos desmedidos, evita que o médico seja processado por não ter oferecido tratamento a paciente em fase terminal, conforme solicitado por este documento (BRASIL, 2002)

4.4 Resolução do CFM nº 1995/2012 – Diretivas Antecipadas da Vontade

O tema no Brasil ganhou destaque com a publicação, pelo Conselho Federal Medicina, da Resolução nº 1.995/2012, que dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade. A referida Resolução é um marco normativo na defesa dos interesses dos pacientes em fim de vida no Brasil, pois é a primeira norma – ainda que administrativa – que reconhece o direito de o paciente manifestar sua vontade por escrito, e o dever de profissionais e familiares de respeitarem essa vontade. Ocorre que essa norma tem eficácia restrita, pois só vincula os médicos, uma vez que foi feita pelo conselho da classe desses profissionais.

Ademais, há uma série de críticas ao texto normativo, especialmente no que diz respeito à tratativa de DAV e testamento vital como sinônimos. É preciso, entretanto, reconhecer a importância da Resolução do CFM nº 1.995/2012 para a discussão social sobre o tema no Brasil. Especialmente porque a constitucionalidade da referida resolução foi objeto de questionamento pelo Ministério Público Federal do estado de Goiás, por meio do ajuizamento de uma Ação Civil Pública. Nos autos dessa ação tivemos a primeira decisão judicial no país reconhecendo a validade da vontade manifestada pelo paciente em uma DAV. (DADALTO, 2016)

Esse reconhecimento acarretou alguma segurança jurídica para os profissionais de saúde, que são cotidianamente instados a cumprir as vontades dos pacientes – ainda que não formalizadas em uma DAV – e também para os pacientes que outrora não contavam com garantias de que suas vontades seriam atendidas. É importante aqui ressaltar que antes dessa decisão – antes, inclusive, da publicação

da Resolução CFM nº 1.995/2012 - já era possível defender a validade das DAV no país, por meio de uma interpretação sistemática do ordenamento jurídico brasileiro, respaldada nos princípios constitucionais da autonomia privada e da dignidade humana. Contudo, a Resolução e o reconhecimento de sua constitucionalidade pelo Poder Judiciário foram importantes para motivar maior divulgação do tema, especialmente entre profissionais de saúde e pacientes. Todavia, apenas o advento da supracitada Resolução não é o bastante para afirmar que as DAV estão regulamentadas no Brasil, por sua vinculação restrita, sendo necessária – e urgente – a aprovação de uma lei sobre o tema no Congresso Nacional brasileiro. Ocorre que estamos longe de isso acontecer, pois sequer tramita algum projeto de lei específico sobre a matéria, provavelmente em razão das polêmicas que envolvem a temática, especialmente pela dificuldade de diferenciação entre testamento vital e eutanásia. Vale frisar que há alguns projetos de lei tratando de direitos dos pacientes e de ortotanásia, em tramitação no Congresso Nacional (DADALTO, 2016).

Dentre eles, o projeto de lei nº 5.559/2016, de autoria do senador Pepe Vargas, acerca dos direitos dos pacientes, menciona o direito a fazer suas DAV, mas não regulamenta esse documento. Fato é que, apesar das DAV serem instrumentos lícitos no ordenamento jurídico brasileiro, é premente uma lei específica sobre o assunto, frisando que apenas uma lei poderá tratar de diferenças, como entre DAV e testamento vital, as formalidades para a confecção desses documentos, o conteúdo válido desse documento e a criação de um registro nacional que, por conseguinte, deverá discutir a adoção de modelos de DAV para o Brasil (DADALTO, 2016).

Segue a seguir a transcrição dos principais pontos dessa resolução:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

5. INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS E INTENSIVOS NA CONDUÇÃO DA LIMITAÇÃO DO SUPORTE TERAPÊUTICO

A coexistência de cuidados paliativos e intensivos pode parecer paradoxal na UTI. No entanto, o cuidado contemporâneo deve estar tão preocupado com a palição quanto com a prevenção, diagnóstico, monitoramento e tratamento de doenças que ameaçam a vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os cuidados paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias enfrentando os problemas associados à doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, tratamento de dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2012)

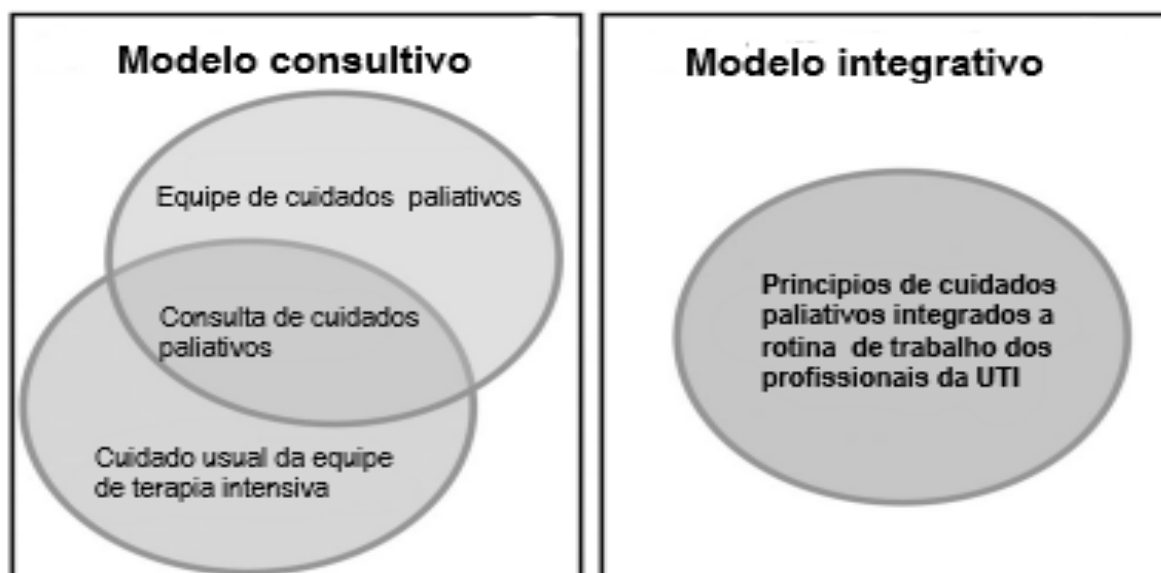
Proporciona alívio da dor e outros sintomas angustiantes, afirma a vida e considera a morte como um processo normal, não pretende nem acelerar nem adiar a morte integra os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente, oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível até a morte, conferir ajuda a família a lidar durante a doença do paciente e em seu próprio luto, usa uma abordagem em equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento de luto, se indicado (WHO, 2012). Pretende melhorar a qualidade de vida e também pode influenciar positivamente o curso da doença. É aplicável no início da doença, em conjunto com outras terapias que se destinam a prolongar a vida, como quimioterapia ou radioterapia, e inclui as investigações necessárias para entender melhor e gerenciar complicações clínicas angustiantes (WHO, 2012).

Estudos recentes tem dado ênfase à integração dos Cuidados Paliativos e intensivos, contudo destaca-se um grupo de trabalho do projeto IPAL-ICU (*Improving Palliative Care in the ICU*), baseado na *Mount Sinai School of Medicine EUA*, que realizou revisão sistemática descrevendo de maneira prática os dois principais modelos que são usados com sucesso na integração dos Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva: o primeiro é o “modelo consultivo”, em que um especialista em Cuidados Paliativos, mediante solicitação de parecer é solicitado para contribuir no atendimento dos pacientes e seus familiares, em particular para os pacientes identificados como de prognóstico ruim e alto risco de morte.

O segundo é o “modelo integrativo”, que tem como objetivo a integração plena dos princípios e implementação das intervenções da medicina paliativa na prática diária pela equipe da UTI. Os modelos não são mutuamente exclusivos. As intervenções propostas costumam incluir aspectos dos dois modelos (FIG. 6).

O modelo integrativo teria resultados mais positivos a longo prazo, porém o modelo consultivo pode ser o primeiro passo para o planejamento da integração plena dos Cuidados Paliativos nas UTIs. No Anexo A estão descritas as vantagens e desvantagens de cada modelo.

Figura 6 - Modelo de estruturação da integração de cuidados paliativos e intensivos



Fonte: traduzido de NELSON, 2010.

5.1 Modelo Consultivo: Consulta de Cuidados Paliativos na UTI

Os cuidados paliativos através de um serviço de consultoria estão atualmente disponíveis na maioria dos hospitais dos EUA, incluindo mais de 75% dos grandes hospitais, e um número crescente de hospitais menores e comunitários. O Consenso Nacional para Cuidados Paliativos de Qualidade (ANCP, 2012), um consórcio das principais organizações de cuidados paliativos do país, desenvolveu e atualizou as Diretrizes de Prática Clínica para Cuidados Paliativos de Qualidade para descrever os principais elementos dos programas de cuidados paliativos clínicos.

Tipicamente, o modelo consultivo para a integração de cuidados paliativos na

UTI aborda um subconjunto de pacientes de UTI com maior risco de resultados ruins do que todos os pacientes na UTI. Muitas iniciativas bem sucedidas que usam este modelo consultivo identificaram "*triggers*" clínicos para a consulta de cuidados paliativos. Os desencadeadores para a consulta de cuidados paliativos (*Triggers criteria*) podem incluir características basais do paciente (por exemplo, dependência funcional pré-existente, idade > 80 anos, malignidade em estágio avançado), diagnósticos agudos selecionados (por exemplo, isquemia cerebral global após parada cardíaca, disfunção prolongada de múltiplos Órgãos), e / ou critérios de uso de cuidados de saúde (por exemplo, duração especificada do tratamento em UTI, referência para traqueotomia ou gastrostomia, decisão de renunciar à terapia de manutenção da vida, como a substituição renal) (ANCP, 2012; DOWNAR *et al.*, 2016).

Para algumas UTIs, o gatilho é o julgamento do médico de cuidados críticos de que um resultado ruim é provável ou a falha dos esforços iniciais da UTI. Triggers podem ser usados para iniciar uma consulta de cuidados paliativos completa ou uma revisão preliminar com um clínico de cuidados paliativos para determinar se tal consulta é necessária. Em algumas UTIs, um clínico de cuidados paliativos se junta às rondas da UTI regularmente para ajudar na identificação oportuna de pacientes e famílias que poderiam se beneficiar cuidados paliativos especializados

Os profissionais de cuidados paliativos que prestam serviço consultivo variam de acordo com a instituição. Em algumas UTIs, o serviço é prestado por um único consultor, muitas vezes uma enfermeira, enquanto em outros, as consultas são realizadas por uma equipe interdisciplinar de clínicos de cuidados paliativos, incluindo um médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e / ou capelão. Alguns hospitais ainda não têm serviços de consultoria de cuidados paliativos, mas têm consultores de ética clínica que podem auxiliar no atendimento de certas necessidades de cuidados paliativos de pacientes e famílias da UTI, tais como discussão de objetivos de cuidados adequados e resolução de conflitos sobre tais metas.

Utilizando uma síntese de evidências empíricas e consenso de especialistas, o Grupo de Trabalho sobre cuidados de fim de vida da Fundação Robert Wood Johnson identificou sete domínios chave dos cuidados paliativos na UTI: 1) tomada de decisão centrada no paciente e na família; 2) comunicação dentro da equipe e

com pacientes e famílias; 3) continuidade dos cuidados; 4) apoio emocional e prático para pacientes e famílias; 5) gestão de sintomas e cuidados de conforto; 6) apoio espiritual aos pacientes e às famílias; 7) apoio emocional e organizacional para os clínicos da UTI (ANCP, 2012).

5.2 Modelo Integrativo: Integração dos Cuidados Paliativos na Prática Diária da UTI

Dependendo do modelo de cuidado da UTI e da relação entre as equipes de cuidados intensivos e de cuidados paliativos, a responsabilidade pela implementação das recomendações dos consultores pode permanecer exclusivamente com a equipe da UTI ou ser compartilhada com ou delegada aos consultores de cuidados paliativos (por exemplo, especialistas em cuidados paliativos podem juntar-se ou conduzir reuniões de família da UTI para estabelecer metas de cuidados).

Como as taxas de mortalidade e outros desfechos desfavoráveis são altos nas UTIs e praticamente todos os pacientes críticos e suas famílias têm necessidades paliativas, muitos profissionais de cuidados críticos e outros acreditam que a equipe de cuidados críticos em si devem integrar os princípios dos cuidados paliativos na prática diária da UTI. Uma iniciativa a partir desta premissa enfatiza os esforços internos para melhorar os sistemas de cuidados, bem como os clínicos UTI conhecimentos e habilidades em cuidados paliativos.

6. LIMITAÇÃO DO SUPORTE TERAPÊUTICO NA PRÁTICA ATUAL

A tomada de decisão nas questões referentes ao fim da vida pode ter como protagonista: o titular da existência; seu representante legal, considerado um substituto; ou o profissional de saúde. O ideal é que esses atores possam estar em fecundo diálogo para que a decisão seja tomada do melhor modo possível (LIMA & BATISTA, 2015).

Do ponto de vista ético e legal – a dignidade da pessoa tem seu lugar assegurado, seja na Carta Magna – nenhuma pessoa será submetida a tratamento desumano ou degradante –, no Código Civil, na Lei Orgânica da Saúde (8080/90) e nos Códigos de Ética Profissionais. De modo análogo, a Lei dos Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde do estado de São Paulo (Lei nº 10.241/99) assegura, em seu artigo 2º: “são direitos dos usuários dos serviços de saúde do Estado de São Paulo: XXIII-recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida” (LIMA & BATISTA, 2015).

Se o titular da existência é capaz de tomar livres decisões, o acolhimento da sua vontade em relação aos cuidados de fim de vida deve ser reconhecido como um imperativo ético, ou seja, seriam necessárias excelentes razões para que uma dada decisão do paciente não fosse respeitada. Deve ser destacado, no entanto, que o receio de ser acusado de negligência – ou de ser processado (em nível administrativo, cível, ético profissional e penal) – faz com que o profissional de saúde, especialmente o médico, tome condutas de manutenção do tratamento independentemente da vontade, o que produz uma terapêutica obstinada, a qual pode se constituir como genuína tortura para o paciente.

Na impossibilidade de plena tomada de decisão – por exemplo, o enfermo encontra-se em coma – é possível se lançar mão da diretiva antecipada, um instrumento que garante o direito de a pessoa decidir antecipadamente sobre os cuidados em saúde que poderá receber no futuro, indicando negativamente ou positivamente o que deseja para si. Trata-se da expressão da sua vontade expressa antecipadamente, e fundamenta-se no princípio de respeito à autonomia. No Brasil, a Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina dispõe sobre as diretivas antecipadas (LIMA & BATISTA, 2015).

Desse modo, nas circunstâncias nas quais haja impossibilidade do enfermo se comunicar – e/ou de expressar livremente sua vontade –, o médico levará em conta as diretivas antecipadas, a fim de tomar as decisões, as quais deverão ser registradas em prontuário.

Caso não existam diretivas antecipadas, o processo decisório dependerá da participação do representante legal. O Representante Legal / Substituto Diante da incapacidade do paciente de responder por si mesmo, deverá ser nomeado um representante, o qual deverá decidir em seu nome.

Há alguns requisitos que devem ser considerados nesses casos: a) a ação visará ao melhor interesse do doente; b) deverá se conhecer – ou pelo menos, se conjecturar sobre – qual teria sido a vontade do enfermo, segundo seus valores e concepções; c) o respeito aos desejos previamente manifestados pelo doente é elemento essencial (LIMA & BATISTA, 2015).

Os decisores substitutivos devem adotar uma posição para os pacientes incapazes de se manifestar, podendo se valer de três modelos principais: (a) julgamento substituto - decisões são tomadas em seu nome, supondo sua vontade; (b) pura autonomia - quando foi expressa a vontade e, diante das circunstâncias, a mesma deverá ser integralmente respeitada (diretivas antecipadas); (c) melhor interesse do paciente - visa ao bem-estar ou a beneficência do sujeito.

Um ponto importante em relação à decisão substituta diz respeito à diretiva antecipada, instrumento que garante o direito de a pessoa deliberar antecipadamente sobre seus cuidados em saúde, permitindo, no futuro, caso se torne incapaz de tomar decisões ao final de sua vida, a indicação – afirmativa ou negativa – sobre qual tratamento gostaria de receber (LIMA & BATISTA, 2015).

A família, muitas vezes, exerce pressão na relação médico-paciente: em algumas oportunidades filhos e cônjuges, em nome de não infligir preocupações e sofrimento ao ente querido, solicitam que não sejam reveladas informações sobre o estado geral da pessoa doente, caracterizando uma situação na qual a notícia ruim passa a ser tratada como conspiração do silêncio. Diante desse fato, cabe ao profissional de saúde reconhecer qual a preferência do enfermo e avaliar, com base nas informações disponíveis, se a revelação da notícia poderá trazer mais prejuízo do que benefício em uma dada situação.

Com efeito, também nesse contexto, a pedra angular da livre tomada de

decisão deve ser o respeito à autonomia do sujeito. Isso significa, no âmbito do cuidado à saúde, que os adultos competentes têm o direito de aceitar – ou recusar – procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Tais aspectos devem, também, ser levados em consideração ao se integrar o papel da família ao processo decisório.

A transformação na relação profissional de saúde-paciente, diante da tomada de decisão nos cuidados em saúde, é reflexo da mudança do chamado paternalismo – segundo o qual cabia apenas ao médico fazer escolhas em nome do melhor interesse e da beneficência do paciente –, para o reconhecimento da autonomia do paciente e do pluralismo ético que permeia tal relação. Assim, de um modo geral, o profissional da saúde deve facultar ao enfermo – ou ao seu representante –, a livre decisão sobre seu destino em termos dos cuidados de fim de vida.

Nenhum profissional de saúde é obrigado a empregar tratamentos desproporcionados. Nesses termos, o Conselho Federal de Medicina avançou no debate e através da Resolução nº 1.805/2006, regulamentando a limitação ou a suspensão de procedimentos que sustentem a vida da pessoa em fase terminal da doença, desde que seja estritamente respeitada sua vontade e que sejam ofertados os cuidados necessários para o alívio do sofrimento (LIMA & BATISTA, 2015).

A tomada de decisão nas questões de fim de vida deve envolver todos os implicados no cuidado – enfermos (ou substitutos), familiares e profissionais da saúde. Em muitas circunstâncias clínicas, no entanto, os titulares da existência – principais interessados – não podem se manifestar livremente e, então, os representantes legais devem assumir o protagonismo no processo, o qual deve envolver aspectos teóricos e um procedimento metodológico apropriado, em termos bioéticos.

Idealmente, as decisões de fim de vida devem ser feitas após discussões entre todos os membros da equipe multidisciplinar. No entanto, essa colaboração sobre o cuidado do final de vida é geralmente fraca e varia de países. Por exemplo, em uma pesquisa prospectiva em 113 UTI francesas, decisões de fim de vida foram feitas por um médico em 12% dos casos, por tratamento médico em 34% dos casos, e por meio de assistência médica e enfermagem em 54% dos pacientes (CURTIS & VINCENT, 2010).

Em um estudo de uma UTI no Líbano, os enfermeiros não participaram de 26% das decisões de fim de vida. Em um estudo de questionário de intensivistas de

1961 de 21 países, para um paciente hipotético sem família, 62% dos médicos do norte e centro da Europa envolvem enfermeiros em discussões de final de vida em comparação com apenas 32% dos médicos no sul da Europa, 39% no Japão, 38% no Brasil e 29% nos Estados Unidos (CURTIS & VINCENT, 2010).

Em artigo espanhol publicado em 2011 descreve-se a tomada de decisão de limitação de suporte terapêutico de maneira didática. Inicialmente, exemplifica-se um caso clínico e contextualiza-se o problema e sua relevância na realidade espanhola. Posteriormente caracteriza-se o que é limitação de esforço terapêutico e explica-se conceitos correlatos para melhor entendimento do problema. Por fim é descrito como a limitação de suporte terapêutico deve ser feita através de três passos (Perguntas) que serão resumidos a seguir: (HERREROS *et al.*, 2012).

Primeiro passo: Para quem? Avaliação do caso.

Segundo passo: Tomada de decisão.

Terceiro passo: Medidas

Quando surge a decisão de propor limitação de suporte terapêutico, a primeira coisa a se fazer é saber a opinião do paciente e suas preferências. Há uma tendência em subestimar "a capacidade de fato" de decisão dos pacientes. Considera-se frequentemente os pacientes como menos competentes do que eles realmente são e as decisões são tomadas nestes casos por parentes ou por médicos. Se o paciente não pode expressar suas preferências, o ideal seria descobrir se o mesmo possui diretivas antecipadas ou instruções prévias. Se não, você deve tentar respeitar o seu projeto de vida e valores.

Nesse contexto os familiares podem ser importantes com informações. Finalmente, se você não pode obter essa informação, a equipe médica deve agir no melhor interesse do doente, fazendo um balanço dos benefícios e malefícios para cada uma das medidas adotadas. Quando o paciente está incapacitado judicialmente, ou se não é apropriado para uma determinada decisão, devem ser os curadores ou responsáveis legais a decidir. Se não houver nenhum, são os parentes mais próximos que devem contribuir para o processo de tomada de decisão. (HERREROS *et al.*, 2012).

A limitação do suporte terapêutico é realizada em doentes cuja situação clínica é grave, irreversível ou terminal. Estabelecer previsão / prognóstico é a parte mais obscura da medicina. Para fazer isso, é essencial que o diagnóstico seja o

mais preciso possível. Deve-se estimar as chances de sucesso com as terapias disponíveis e deve ser examinado se os recursos disponíveis foram esgotados.

Finalmente se estabelece o prognóstico: A probabilidade de cura e a esperança de vida, levando-se em conta a fase evolutiva da doença (HERREROS *et al.*, 2012).

A OMS define saúde com o bem-estar nos aspectos físicos, psicológicos e sociais. Em pacientes com situação grave, irreversível ou terminal não é fácil fazer essa avaliação. Nestes pacientes, muitas vezes esta estimativa é feita através de procedimentos externos, escalas ou índices validados. Declínio cognitivo piora significativamente a qualidade de vida (HERREROS *et al.*, 2012).

No INCA e em outros centros utilizam-se as escalas de Karnofsky e o ECOG performance status, tanto para estabelecer metas terapêuticas com foco em cuidados paliativos e proporcionalidade terapêutica, bem como para realização de ensaios clínicos em pacientes oncológicos, sendo que, ocasionalmente, essas escalas são extrapoladas também para doentes que não possuem câncer para medir como a doença afeta as habilidades de vida diária de um paciente.

O ECOG, Scale of Performance Status, é uma dessas medições. Ele descreve o nível de funcionamento de um paciente em termos de capacidade de cuidar de si mesmo, atividade diária e habilidade física (andar, trabalhar etc.) (ECOGACRIN, 2018).

Pesquisadores em todo o mundo tomam em consideração o status de desempenho da ECOG ao planejar ensaios para estudar um novo método de tratamento. Esta escala de numeração é uma maneira de definir a população de pacientes a serem estudados no teste, de modo que possa ser reproduzida uniformemente entre os médicos que inscrevem os pacientes. É também uma forma de os médicos controlarem as mudanças no nível de funcionamento de um paciente, como resultado do tratamento durante o julgamento.

No segundo passo do artigo espanhol citado anteriormente, a tomada de decisão (deliberação participativa) se dá ao analisar o caso, considerando-se o paciente como um todo. Sua biografia, biologia, valores e parentes. É conveniente fazê-lo com todos os envolvidos: os pacientes, seus familiares e os profissionais envolvidos. Isso contribui para não sobrecarregar o médico na tomada de decisão e permite definições mais cautelosas. Para definir o processo deliberativo é essencial

ter capacidade bem desenvolvida para trabalhar em equipe. Treinamento em habilidades de comunicação e estratégias de comunicação são úteis neste fase. Em relação ao terceiro passo, que são as medidas negativas, teremos a seguinte abordagem: Não Iniciar / Retirar. Não devem ser realizados procedimentos extraordinários, invasivos, medidas desproporcionadas, inúteis e nem fúteis para o objetivo terapêutico traçado.

No que tange a medidas positivas, o tratamento das patologias que foram decididas em se tratar (medidas provisórias) devem ser mantidas ou instituídas medidas destinadas a tratamento de doenças.

Alguns aspectos que devem ser esclarecidos e avaliados criteriosamente sobre as medidas intermediárias que incluem tratamento de infecções , transfusão de sangue, tipo de nutrição e hidratação e realização medidas de diagnóstico invasivas. Este passo pode ser o mais complexo e, se necessário, uma estratificação das etapas devem ser executadas.

O objetivo fundamental da discussão é determinar se o paciente é um candidato a esforço terapêutico curativo ou pleno, ou se é decidido por limitação do suporte terapêutico. Uma vez decidido pela limitação do suporte terapêutico, é necessário decidir o que e como sera tratado, ou se será feito cuidado paliativo exclusivo. A decisão deve ser comunicada ao paciente, seus familiares, quando apropriado, e deve ser registrado no prontuário médico.

A retirada de medidas de suporte de vida é um evento comum na UTI em países desenvolvidos, no entanto, envolve um complexo equilíbrio de questões médicas, legais e éticas. A maioria dos profissionais de saúde não foram treinados para retirar as medidas de suporte de vida, e não existem diretrizes abrangentes para ajudar a garantir os clínicos a desenvolverem com qualidade os cuidados aos doentes e famílias. Foi nesse contexto que a Canadian Critical Care Society (CCCS) em 2015 elaborou um protótipo de guideline para retirada de suporte de vida na UTI (DOWNAR *et al.* 2016).

Para atingir este objetivo, foi convocado um grupo interdisciplinar de prestadores de cuidados de UTI da Sociedade Canadense de cuidados críticos e Associação Canadense de enfermeiras de cuidados intensivos, e usado um processo Delphi modificado para responder a perguntas-chave sobre questões clínicas e éticas de acordo com a literatura vigente. Um total de 39 médicos

experientes completaram o workshop inicial, e 36 foram envolvidos nas subsequentes rodadas Delphi (DOWNAR *et al.* 2016).

O grupo desenvolveu uma série de orientações para lidar com: a preparação para a retirada de medidas de sustentação da vida; avaliação da angústia; gestão farmacêutica da angústia; e a descontinuação de medidas de sustentação da vida e monitoramento. O grupo alcançou um consenso sobre todos os aspectos das orientações após a terceira rodada Delphi. O objetivo dessa diretriz foi melhorar a qualidade do atendimento médico em pacientes em cuidados de fim de vida (DOWNAR *et al.* 2016).

A limitação de suporte terapêutico pode ser iniciada antes mesmo da admissão do paciente na UTI, levando-se em conta que cada vez mais busca-se criar critérios rigorosos de admissibilidade em unidades fechadas, sendo notório uma crescente criação de protocolos institucionais que levam em conta parâmetros clínicos onde, além de avaliar o perfil de gravidade do paciente, estima-se o seu potencial em beneficiar-se de uma internação numa unidade com vigilância diferenciada.

Na resolução do CFM nº 2.156, de 28 de outubro de 2016, foram estabelecidos os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva, tendo sido elaborado uma ordem de prioridades de acordo com o contexto clínico. As admissões devem ser baseadas em: diagnóstico e necessidade do paciente; serviços médicos disponíveis na instituição; priorização de acordo com a condição do paciente; disponibilidade de leitos; potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico.

Foram considerados critérios de admissão em UTI instabilidade clínica, isto é, necessidade de suporte para as disfunções orgânicas, e monitoração intensiva. A priorização de admissão na UTI deve respeitar os seguintes critérios em ordem decrescente: pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico; pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico; pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica; pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata,

mas com limitação de intervenção terapêutica; pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação.

Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso.

Com isso, observa-se que o médico intensivista está sujeito a receber em sua unidade desde um paciente oncológico com perspectiva de cura da neoplasia e de reversão do insulto agudo até mesmo casos onde o paciente já se encontra em cuidados paliativos exclusivos, em estado terminal ou até mesmo em cuidados de fim de vida, sendo necessário que o profissional saiba conduzir todas essas condições de maneira adequada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como o intensivista deve estruturar a tomada de decisão de adequação de suporte terapêutico em pacientes oncológicos internados numa UTI adulta?

A limitação de suporte terapêutico na UTI é desafiadora, sobretudo no paciente oncológico, por inúmeros aspectos. A começar pelo adequado respaldo bioético que norteia decisões muitas vezes não cartesianas e que leva em consideração a vontade inicial do paciente, ou quando este não se encontra em condições, a vontade de seu responsável legal, respeitando-se o princípio da autonomia.

Apesar de já existir resolução do CFM, ainda não há legislação específica associada a um desconhecimento em boa parte de nossa sociedade sobre a possibilidade de elaboração de DAV, mandato duradouro e testamento vital onde o paciente pode manifestar por escrito, quando ainda lúcido, o desejo de condução do seu final de vida. Não é incomum também o paciente ser admitido na UTI já inconsciente, sedado ou desorientado, sendo necessário o cuidado e o respeito pelo princípio bioético da autonomia, seja ele exercido através dos familiares ou representante legal.

Uma vez que o paciente é admitido na UTI, a equipe médica do setor deve atentar-se não somente aos cuidados do insulto agudo, mas também inteirar-se do contexto clínico oncológico do paciente, suas perspectivas de tratamento antes e durante o quadro agudo, e o grau de entendimento do paciente, familiares ou responsável legal tanto do contexto oncológico quanto do insulto agudo.

Além disso, torna-se complexo o processo decisório, o tempo em que se demora a diagnosticar a real causa da instabilidade do paciente pela equipe médica e, conseqüentemente, a sua chance de reversibilidade. Muitas vezes o paciente é transferido à UTI sem ter tido uma conversa prévia com seu médico oncologista sobre terminalidade ou sobre perspectivas e cenários caso evolua com piora clínica.

Quando essa conversa é iniciada pelo médico intensivista, geralmente ocorre num contexto de instabilidade clínica, onde muitas vezes o paciente e familiares encontram-se abalados psicologicamente e com grau de entendimento limitado da real situação. Nesses casos é fundamental realizar uma conferência familiar em

conjunto com a equipe de intensivistas e oncologistas, de preferência com o apoio da equipe multidisciplinar, como os profissionais de psicologia e serviço social. Pode ocorrer, diante deste contexto, discordância de ideias (do paciente ou dos familiares com a equipe médica sobre a tomada de decisão no momento de piora clínica) dificultando a retirada de suporte terapêutico, levando a equipe médica a uma maior chance em incorrer em distanásia, buscando uma medicina defensiva pelo temor de problemas legais futuros, acarretando sofrimento e gastos financeiros exorbitantes.

Ao se obter o consentimento da família e respaldo legal, iniciam-se as medidas de limitação de suporte terapêutico objetivando-se a beneficência e a não-maleficência, possibilitando a ortotanásia, sem incorrer em eutanásia, utilizando-se dos conhecimentos da medicina paliativa.

Durante a residência de medicina intensiva no INCA tive a oportunidade de participar da tomada de decisão de manutenção ou retirada de suporte avançado de vida na UTI em pacientes oncológicos em contexto de morte iminente e inevitável. Apesar do INCA possuir um serviço de medicina paliativa, o mesmo encontra-se em outra unidade, localizado em outro bairro, sendo que, os pacientes com indicação de cuidados paliativos exclusivos eram encaminhados mediante parecer das clínicas assistentes, antes da deterioração clínica.

Não havia nos rounds multidisciplinares, sessões clínicas ou reunião com familiares, a participação de um médico especialista em cuidados paliativos, sendo esse papel desempenhado pelo médico intensivista em conjunto com a equipe oncológica responsável.

Esse modelo tem equivalência ao modelo proposto por Nelson (NELSON, 2010), chamado de integrativo, e pude perceber durante os dois anos de residência que ele encontrava grandes dificuldades principalmente, pela formação heterogênea dos médicos intensivistas e oncologistas no conhecimento dos cuidados paliativos e a forma ideal de integrá-lo ao ambiente de terapia intensiva.

Ainda durante a especialização, tive a experiência de estagiar em UTI de hospital privado no Rio de Janeiro, onde existe uma equipe de cuidados paliativos integrados que presta assistência à equipe da UTI, quando se percebe durante a evolução do caso, um alto risco para evoluir com distanásia ou obstinação terapêutica. Esse modelo assemelha-se ao modelo consultivo proposto por Nelson e tenho a impressão que é o modelo mais efetivo para a nossa realidade no Brasil,

seja em unidade intensiva pública ou privada (NELSON, 2010).

É notória a dificuldade em conduzir o paciente oncológico em contexto de piora clínica numa UTI brasileira, que começa pela não formação adequada e homogênea de toda equipe multidisciplinar no que concerne aos aspectos bioéticos, e técnicos envolvidos na limitação de suporte terapêutico, além dos reais limites legais, que sofreram mudanças importante no Brasil, notadamente nos últimos 10 anos.

Dificulta também a quantidade de ações assistenciais que demandam um conhecimento transdisciplinar que precisam ser feitas, muitas das vezes, num curto espaço de tempo. Para melhorar a condução desses casos, seria interessante estimular a difusão dos conceitos de medicina paliativa entre os profissionais que trabalham nas UTIs e estimular a criação de serviços de cuidados paliativos e formação continuada de profissionais especialistas, para que os mesmos auxiliem os intensivistas mediante parecer.

É de grande importância também estimular os profissionais que trabalham nas unidades intensivas a identificar sinais precoces, de pacientes em potencial de se beneficiar de limitação de suporte avançado/terapêutico, podendo inclusive ser adicionados aos famosos “*bundles*” ou “*check-lists*” que estão cada vez mais inseridos no dia-a-dia dessas unidades. Além de olhar o grau da cabeceira e o nível de sedação à beira do leito, o profissional intensivista poderia começar a refletir, de maneira rotineira, se sua terapia está fútil ou em risco de incorrer em distanásia.

As recentes mudanças de resolução do CFM, reconhecendo a ortotanásia e seus desdobramentos jurídicos envolvendo o Ministério Público, ainda são um grande tabu e motivo de temor por desconhecimento de grande parte dos profissionais de saúde, sendo de suma importância que se criem mecanismos de educação continuada e de segurança jurídica, além de leis que respaldem cada vez mais o médico que atua em pacientes no final de vida.

Vale lembrar também que os profissionais podem recorrer aos comitês de bioética de suas instituições nos casos difíceis para melhor resolutividade, o que não é ainda uma situação habitual. A maioria dos comitês de bioética apenas ajuda na resolução de casos quando acionados e ainda não existe mecanismo de busca ativa por esses dilemas éticos ou o constante acionamento dos comitês por parte dos profissionais que estão na assistência direta.

Para auxiliar a complexa decisão de limitar suporte terapêutico na UTI, ou melhor dizendo, adequar a terapêutica do paciente oncológico quando a cura não é mais possível e a morte iminente e inevitável, foi elaborado um fluxograma que busca auxiliar o médico e toda equipe multidisciplinar que trabalha na UTI a conduzir esses casos (Anexo B). Também será exemplificado um plano de metas terapêuticas (Anexo C) com objetivo de promover um cuidado proporcional e contemporâneo, orientando os profissionais a desenvolverem um raciocínio direcionado, facilitando a comunicação entre os envolvidos no cuidado do paciente com câncer no final da vida, momento este em que a qualidade de vida é mais importante que a quantidade.

REFERÊNCIAS

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012.

ANGUS, D. C. *et al.* Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. **Crit Care Med**, v.32, n.3, p.638-4, 2004.

ARAUJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P.; Comunicando-se com o paciente terminal. **Revista Soc. Bras. Câncer**, v. 6, n.23, p.16-20, 2003.

BARRETO, S. M. *et al.* Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 1, p.41-68, 2005.

BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. **Principles of biomedical ethics**. 3rd ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 1989.

BRASIL. Código Civil. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. 1ª edição. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 2002.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. **Lei nº 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 05 set. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.241. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 18 de março de 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. **CFM Resolução nº 2.156, de 28 de outubro de 2016**. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 17 jan. 2019.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Testamento Vital**: Inicial de Ação Civil Pública, 2012. Disponível em: <http://testamentovital.com.br/wp-content/uploads/2014/07/inicial-ACP-testamento-vital.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

CHEEVER, K.H. **Brunner & Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

CJF. Conselho da Justiça Federal. **Código civil coletânea**. Centro de Estudos Judiciários. Enunciados aprovados da Jornadas de direito civil I, III, IV e V. 2012. Brasília, 135 p. Disponível em: http://www.cjf.jus.br/cjf/CEJ-Coedi/jornadas-cej/v-jornada-direito-civil/VJornadadireitocivil2012.pdf/at_download/file Acesso em: 18 set 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.805/2006** (Publicada no D.O.U. de 28 de novembro de 2006, Seção I, pg. 169). Regulamenta a prática da ortotanásia no âmbito das atividades desenvolvidas pelos profissionais da medicina. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm. Acesso: 12 fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.995/2012** (Publicada no D.O.U. de 31 de agosto de 2012, Seção I, p.269-70). Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso: 14 fev. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.156/2016** (Publicada no D.O.U. de 17 de NOVEMBRO de 2016, Seção I, p.138-9). Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso: 14 fev. 2019.

COOK, D.; ROCKER, G. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. **N Engl J Med** v. 370, n.26, p. 2506-14, 2014.

CRUZ, M.L.; OLIVEIRA, R. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. **Rev. Bioét.**, v.23, n.3, p. 405-11, 2013.

CURTIS, R.; VINCENT, J. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. **The Lancet**, v. 376, p.1347-53, 2010.

DADALTO, L. A necessidade de um modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade para o Brasil: estudo comparativo dos modelos português e franceses. **Revista M.**

Estudos Sobre a Morte, os Mortos e o Morrer. v.1, p.446-63, 2016.

DAMASCENO, S. P. V. **A eutanásia e a tutela penal à luz da Constituição Federal, 2014.** Disponível em: http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,a-eutanasia-e-a-tutela-penal-a-luzda-constituicao-federal,46732.html#_ftn5. Acesso em: 02 de set de 2019.

DOWNAR, J. *et al.* Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. **Intensive Care Med**, v.42, n. 6, p. 1003-17, 2016.

ECOGRANIN. **Ecog performance status.** Disponível em: <http://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>. Acesso em: 10 dez 2017.

FERLAY, J. *et al.* GLOBOCAN 2012. **Cancer incidence and mortality worldwide.** Lyon, France: IARC, 2013. (IARC CancerBase, 11). Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>. Acesso em: 14 fev. 2018.

FORATTINI, O. P. **Ecologia: epidemiologia e sociedade.** São Paulo: Artes Médicas/EDUSP, 2004. 529p.

GILLON, R. “Primum non nocere” and the principle of non-maleficence. **Br Med J**; v. 291, n. 6488, p.130-1, 1985.

HERREROS, B. G. PALACIOS, G.; PACHO, E. Limitación del esfuerzo terapéutico. **Revista Clínica Española**, v. 212, n. 3, p. 134-40, 2012.

HIPPOCRATES. **Hippocrates I: the oath.** Cambridge: Harvard University Press; London: William Heinemann Ltd., 1984. p.298-299.

HOTTOIS G., PARIZEAU M. H. **Les mots de la bioéthique.** Bruxelles: De Boeck Université, 1993, p. 89,122,205.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tipos de câncer.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www2.INCA.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>. Acesso em: 24 nov. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2018:** incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017, 128p.

JUNQUEIRA, C. R. “Bioética: conceito, contexto cultural, fundamento e princípios”. In: RAMOS, D.L.P. **Bioética e ética profissional.** Rio de Janeiro: Guanabara-

Koogan, 2007, p. 22-34.

LEONE, S.; PRIVITERA, S.; CUNHA, J.T. (Coords.). **Dicionário de bioética**. Aparecida: Editorial Perpétuo Socorro/Santuário, 2001.

LIMA, M. de L.; BATISTA, R. Processo de tomada de decisão no âmbito dos cuidados de fim de vida. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 23, n.1, p.31-39, 2015.

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **BIOETIKUS** - Centro Universitário São Camilo, V., N.1, P. 34-42, 2007.

MATHERS, C. D. *et al.* **Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results**. (Global programme on evidence for health policy discussion, paper nº 54), Geneva: WHO, 2003.

MCDERMID, R. C.; BAGSHAW, S. M. Prolonging life and delaying death: The role of physicians in the context of limited intensive care resources. **Philos Ethics Humanit Med.**, v.4, n.3, 2009.

MOLINARI, M. **Eutanásia: análise dos países que permitem**. 2014. Disponível em: <https://mariomolinari.jusbrasil.com.br/artigos/116714018/eutanasia-analise-dos-paises-que-permitem>. Acesso em: 20 dez 2017.

MORITZ, R. D. *et al.* Terminalidade e Cuidados Paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 20, n.4, p. 422-8, 2008.

MOTTA, L.C *et al.* Tomada de decisão em (bio)ética clínica: abordagens contemporâneas. **Rev. Bioética**, v. 24, n. 2, p. 304-14, 2016.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. **The Belmont Report**: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, report, 1978; Bethesda, Maryland. Disponível em: <https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc1213679/>. Acesso em 14 de fevereiro de 2019.

NELSON, J. E. *et al.* Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). **Crit Care Med**, v. 38, n. 9, p. 1765-72, 2010.

PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D.C. **For the patient's good**: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press, 1987, 240p.

PESSINI, L. Vida e morte na UTI: A ética no fio da navalha. **Rev. Bioét.**, v. 24, n.1, 2016.

POTTER, V. R. **Bioethics: bridge to the future**. Englewood Cliffs, N. J. Prentice - Hall, 1971, 196 p.

REICH, W. T. (ed.), **Encyclopedia of Bioethics**. New York: The Free Press. 1st Ed., 1978.

SABIO, L. G.; LOURENÇÃO, I. R.; CARBINATTO, L. **Ética e Eutanásia**. 2016. Disponível em: <https://legoldoni.jusbrasil.com.br/artigos/403895307/etica-e-eutanasia>. Acesso em: 02 de set 2019.

SHARPE, V. A. Why do no harm. **Theor Med.**, v.18, n.1-2, p.197-215, 1997.

SIMCHEM, E. *et al.* Survival of critically ill patients hospitalized in and out of intensive care. **Crit Care Med**, v. 35, n.2, p. 449-57, 2007.

THE NATIONAL. **Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research**. *The Belmont Report*. Washington: Government Printing Office, 1979. p. 4.

THOMPSON, A. E. Advance Directives. **JAMA**, v. 313, n.8, p.868, 2015.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION CANCER. **Definition of palliative care**. Geneva: WHO; 2012. [citado 03 out 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Acesso em: 18 fev 2018.

ANEXOS

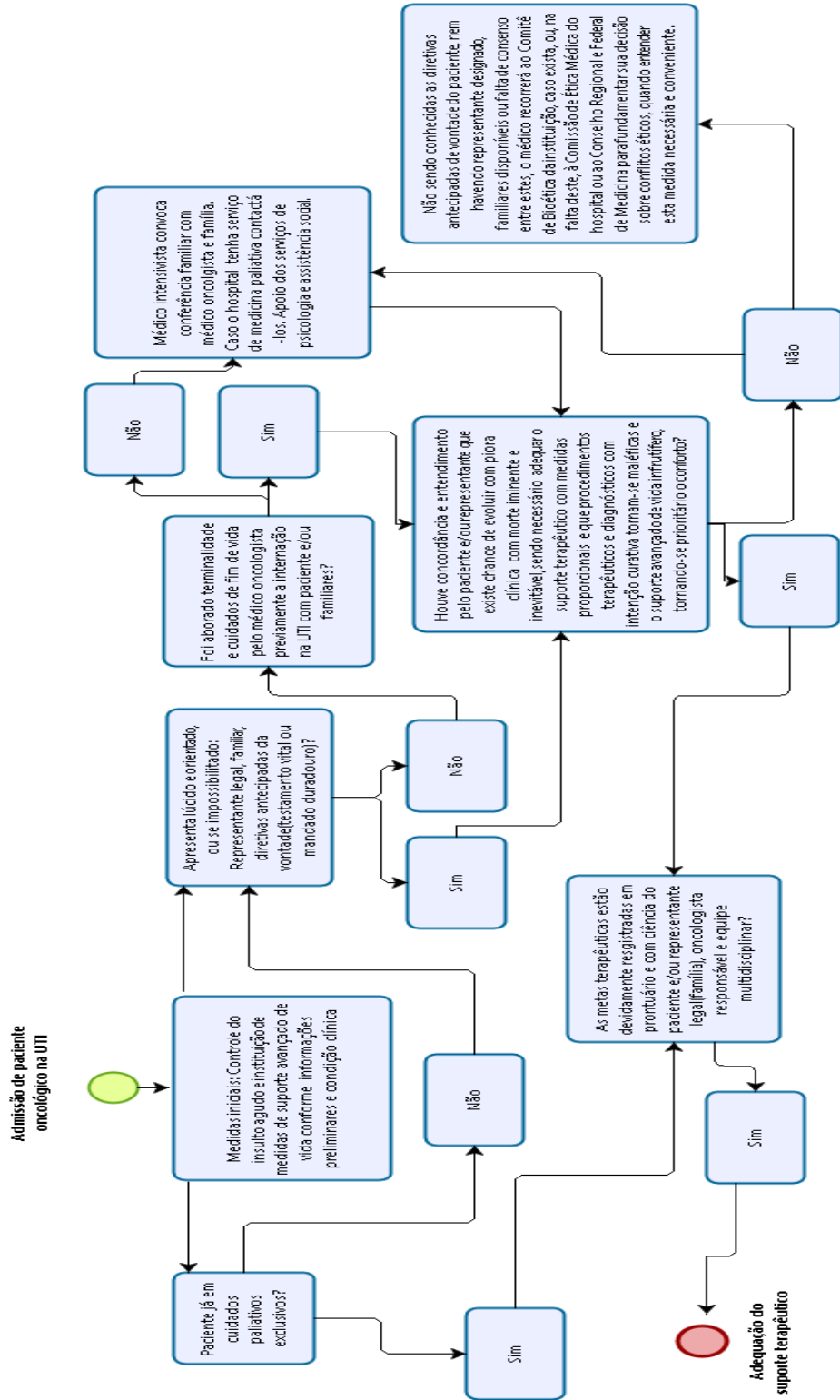
ANEXO A — Prós e contras dos principais modelos de integração de cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva

	CONSULTA PELOS SERVIÇOS DE CUIDADOS PALIATIVOS NA UTI	INTEGRAÇÃO PELA EQUIPE DE CUIDADOS CRÍTICOS NA PRÁTICA DIÁRIA DA UTI
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuição especializada de equipe interdisciplinar de especialistas • Experiência já existe, treinamento adicional desnecessário • Evidência empírica de benefício • Continuidade de cuidados antes, durante e após UTI • Facilitação da transferência de UTI para cuidados de fim de vida, se apropriado 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade de cuidados paliativos para todos os pacientes e famílias da UTI • Não é necessário serviço de cuidados paliativos • Reconhece claramente a importância dos cuidados paliativos como elemento central do tratamento intensivo • A sistematização dos processos de trabalho da UTI promove o desempenho confiável dos cuidados paliativos

	CONSULTA PELOS SERVIÇOS DE CUIDADOS PALIATIVOS NA UTI	INTEGRAÇÃO PELA EQUIPE DE CUIDADOS CRÍTICOS NA PRÁTICA DIÁRIA DA UTI
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Requer serviço de cuidados paliativos com pessoal adequado e outros recursos • Os clínicos de cuidados paliativos podem ser vistos como "estranhos" na UTI • Os consultores podem não ter familiaridade com os aspectos biomédicos e de enfermagem dos cuidados intensivos • Atividades de cuidados paliativos e equipes de UTI podem se sobrepor e / ou conflitos • Os consultores devem estabelecer uma relação efetiva com pacientes / famílias • A fragmentação dos cuidados pode ser composta • A equipe da UTI pode ter menos incentivo para melhorar o conhecimento e habilidades de cuidados paliativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Requer educação de clínicos da UTI no conhecimento e habilidades de cuidados paliativos • Depende do compromisso dos clínicos de cuidados intensivos e da cultura de suporte da UTI • Requer dedicação de pessoal e outros recursos que podem faltar na UTI • Requer transferência para nova equipe para cuidados paliativos pós-UTI para pacientes que não podem se beneficiar ou não precisam da UTI

Fonte: UTI. Traduzido de NELSON, 2010

ANEXO B — Fluxograma de adequação de suporte terapêutico



ANEXO C — Plano de metas terapêuticas multidisciplinares

Adequação terapêutica
1. O que será iniciado?
2. O que será mantido?
3. O que será retirado?

Medicina paliativa: Integrar os conceitos da medicina paliativa durante o período de permanência do paciente na UTI

Medidas principais:

Neurológico: Plano de sedação, analgesia, prescrição de drogas com ação no Sistema nervoso central (Ex. anticonvulsivantes e antipsicóticos), antidepressivos e ansiolíticos.

Respiratório: Plano ventilatório (ventilação invasiva, não invasiva, Oxigênio suplementar, aspiração de vias aéreas), medicamentos para diminuir secreção e broncodilatadores. Descrever com clareza orientações de não submeter a intubação orotraqueal quando previsto. Metas de extubação paliativa e de parâmetros na Ventilação mecânica. Estabelecer limites de estratégia ventilatória caso necessário. (Ex. Submeter a ventilação Prona, manobras de recrutamento ou uso de bloqueadores neuromusculares)

Hemodinâmico: Descrever com clareza ordens de não iniciar /escalonar dose de aminas vasoativas, inotrópicas ou de descontinuar-las quando previsto. Manuseio de drogas antiarrítmicas e de ação cardiológica e anti-hipertensiva, monitorização hemodinâmica invasiva, necessidade de mensuração de marcadores perfusionais como Hemoglobina e lactato.

Renal/ Sistema urinário: Definir se terapia renal substitutiva dialítica será iniciada, mantida ou descontinuada. Necessidade de cateterismo vesical de demora ou alívio. Uso de diuréticos e outros medicamentos relacionados.

Medidas intermediárias:

Infecção: Definir necessidade ou não de antibioticoterapia, coleta de culturas. Enfatizar ordens de não iniciar antibioticoterapia ou ampliação do esquema em contexto de piora do quadro clínico quando previsto.

Hemoderivados: Definir metas de suporte transfusional e de uso racional de hemoderivados de acordo com contexto clínico.

Nutricional: Definir via de nutrição ou ordens de não nutrir devem ser estabelecidas. Avaliação criteriosa de aferição de glicemias. Uso de drogas laxativas, antieméticas e pró-cinéticas.

Hidratação: Avaliar necessidade de hidratação venosa/ oral de acordo com o a situação clínica.

Medidas complementares:

Profilaxias: Definir profilaxias de tromboembolismo venoso, Lesão aguda de mucosa gástrica, úlcera de córnea e de pressão, medidas para evitar pneumonia associada a ventilação mecânica.

Exames: Não realizar exames laboratoriais e de imagem desnecessários.

Invasões: Evitar manter o paciente invadido sem real benefício

Mobilização do leito: Definir metas de mobilização incluindo deambulação e sedestação.

Avaliação da equipe multidisciplinar e de pareceristas

Definir concessões de permanência de familiares e visita estendida quando pertinente.