



Resumo

Relato de Caso

TERMINALIDADE E CUIDADOS PALIATIVOS NA VISÃO MÉDICA

UTOR PRINCIPAL: Bruna Bley Mattar Isbert¹

CO-AUTORES: Fernanda De Carli¹, Gabriela Decol Mendonça², Patricia Jost⁴, Paula Tasca Vizioli⁵, Débora D Agostini Jorge Lisboa⁶, Cassiano Mateus Forcelini⁷ e Vinicius Buaes Dal'Maso⁸

ORIENTADOR: Eliane Lucia Colussi³

UNIVERSIDADE: Universidade de Passo Fundo

- (1) Acadêmicas do curso de Medicina da Universidade de Passo Fundo; Bolsistas voluntárias do PIVIC-UPF.
- (2) Fonoaudióloga; Especialista em Aprimoramento em Mestranda em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo; Membro da Equipe de Cuidados Paliativos do Hospital São Vicente de Paulo; Docente do Curso de Fonoaudióloga da Universidade de Passo Fundo.
- (3) Eliane Lucia Colussi, Licenciada em História. Mestre e Doutora em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.
- (4) Acadêmica do curso de Fonoaudiologia da Universidade de Passo Fundo; Bolsista voluntária do PIBIC-UPF.
- (5) Acadêmica do curso de Fonoaudiologia da Universidade de Passo Fundo. Estagiária do setor de fonoaudiologia do Hospital São Vicente de Paulo.
- (6) Débora D Agostini Jorge Lisboa, graduada em Fisioterapia pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Especialista em Fisioterapia com Ênfase em Terapia Intensiva e Fisioterapia Hospitalar pelo Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre. Mestranda do programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. Fisioterapeuta do Hospital da Cidade de Passo Fundo (HC).
- (7) Cassiano Mateus Forcelini, graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), especialista em Neurologia pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Especialista em Medicina do Sono na universidade federal de São Paulo (Unifesp). Mestre em Ciências da Saúde pela UFCSPA e doutor em Ciências em Gastroenterologia e Hepatologia pela UFRGS. Professor de farmacologia clínica no curso de Medicina da UPF.

- (8) Vinicius Buaes Dal'Maso, Graduado em medicina, especialista em Pneumologia. Mestre em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor de Pneumologia da Universidade de Passo Fundo (UPF). Preceptor do programa de residência em medicina interna no Hospital São Vicente de Paulo.

INTRODUÇÃO

A partir do século XX, o poder de intervenção do médico cresceu, sem uma proporcional reflexão do impacto dessa mudança na qualidade de vida dos enfermos. Aspectos como a dificuldade do tratamento de um doente terminal em casa, levaram à morte institucionalizada. Atualmente, mais de 70% dos óbitos ocorrem nos hospitais, mais especificamente nas unidades de terapia intensiva (UTIs).¹

O conceito de cuidados paliativos (CP) foi introduzido em meados de 1960 na Inglaterra por Dame Cecily Saunders, que descreveu a filosofia dos indivíduos terminais com doença incurável: o sofrimento pelo qual ele passava englobava as dores física, psicológica ou emocional, social e espiritual, devendo os cuidadores atuar em todas essas esferas.²

Os CP surgiram com a proposta de assistir o paciente até seus últimos momentos e minimizar seu desconforto e dar suporte a seus parentes e amigos. No Brasil, ainda não estão estruturados adequadamente, o que transforma essa temática em um problema de saúde pública.³

DESENVOLVIMENTO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera CP como uma necessidade urgente humanitária em todo o mundo para pessoas com câncer e outras doenças fatais. Eles assumem particular importância nos países menos desenvolvidos, pela alta parcela dos pacientes diagnosticados em estágios avançados de doença, quando tratamentos já não são efetivos.³

Em 2002, a OMS redefiniu o conceito de CP enfatizando a prevenção do sofrimento, sendo “uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual”. Tradicionalmente, eram vistos como aplicáveis exclusivamente no momento em que a morte era iminente, e os pacientes em fase final ou casos sem esperança eram vistos como falhas da prática médica.⁴ Hoje, são oferecidos no estágio inicial do curso de uma doença progressiva, avançada e incurável.⁵

Na prática paliativa é importante a interatividade de todos os envolvidos no processo: paciente, familiares e equipe da saúde.¹ Seguindo os 4 princípios definidos por Beauchamp e Childress (2002), o respeito pela autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, os médicos e outros profissionais devem respeitar a autonomia do paciente, não esconder informações desejadas e respeitar seu desejo de não ser tratado, quando o tratamento não fizer mais que prolongar o processo do morrer.⁴

O engajamento e a obrigatoriedade com a promoção da qualidade de vida nos pacientes terminais permitiu desenvolver um novo conceito que execra todas as modalidades de mistanásias sem, entretanto, praticar eutanásia e/ou distanásia. Trata-se da ortotanásia, da boa morte, onde se respeita o bem-estar global dos indivíduos, garantindo a dignidade no viver e morrer. Permite que doentes e familiares defrontem a morte como um continuum da vida.²

Nessa linha, o atual Código de Ética Médica (CEM) inova ao focar o assunto terminalidade da vida, preconizando o surgimento da identidade do médico como orientador e parceiro do paciente, a partir de uma visão biológica e humanista.

Diante dessa constatação, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou em 2006 uma Resolução que tentou regulamentar a ortotanásia no Brasil: *“na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”*. Entretanto, a Justiça Federal revogou a Resolução por considerar que o CFM não tem poder para regulamentar sobre o direito à vida, sendo a matéria de competência exclusiva do Congresso Nacional.²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CP constituem uma importante questão de saúde pública. Ações locais tem grande peso ao tornar acessível esse tipo de conduta e demonstrar sua eficácia a sociedade.

A medicina paliativa conclama a vida, assiste de forma global os indivíduos em fase terminal, reconhecendo que o morrer é um processo natural. Sua prática proporciona a dignidade do enfermo, não o privando de viver a própria morte.²

REFERÊNCIAS

1. MORITZ, RD et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2008;20(4):422-428.
2. MARTA, GN et al. Cuidados paliativos e ortotanásia. **Diagn Tratamento**. 2010;15(2):58-60.
3. GARCIA, JBSG et al. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. **Rev Bras Anesthesiol**. 2014;64(4):286-291.
4. PESSINI, L et al. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O mundo da saúde**. São Paulo,2005;29(4):491-509.
5. SEPULVEDA, C. Los cuidados paliativos: perspectiva de la Organización Mundial de la Salud. **Dolentium Hominum**. 2005;58(1):16-19.