

# Considerações Éticas nos Cuidados Médicos do Paciente Terminal

\* Jefferson Pedro Piva  
\*\* Paulo R. Antonacci Carvalho

\* Professor Auxiliar, Departamento de Pediatria e Puericultura, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre-RS. Médico Chefe da UTI do Hospital da Criança Santo Antônio, Porto Alegre-RS.

\*\* Professor Adjunto, Departamento de Pediatria e Puericultura, Faculdade de Medicina da UFRGS, Porto Alegre-RS. Médico Chefe da UTI Pediátrica, Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS.

*Os autores discutem a conceituação de paciente terminal, os princípios morais e éticos da atuação médica, e fazem uma análise de possíveis condutas médicas frente ao paciente terminal. A discussão do paciente terminal é feita com base na visão bidimensional da linha da vida, em períodos de evolução da doença: salvável, inversão de expectativas, morte inevitável. São invocados os princípios morais da preservação da vida e do alívio do sofrimento, bem como os princípios éticos da beneficência, da não-maleficência, da autonomia e da justiça. É feita uma hierarquização desses princípios éticos e morais, e a sua aplicação de acordo com os períodos de evolução da doença. São também analisadas as possíveis condutas médicas frente ao paciente terminal, tais como não-adoção e/ou retirada de medidas de suporte de vida, ordem de não reanimar, interrupção de tratamento fútil, suspensão de cuidados ordinários e/ou extraordinários, distanásia e eutanásia, de acordo com a hierarquização dos princípios éticos e morais.*

UNITERMOS - Paciente terminal, eutanásia, morte.

**"Estou certo de que o único objetivo da ciência é o de aliviar as penas da existência humana"**

**Bertolt Brecht, em Galileu Galilei**

## Introdução

A saúde humana obteve evidentes benefícios com o avanço tecnológico, permitindo alguns fatos notáveis, como o aumento do tempo médio de vida, a prevenção e erradicação de uma série de males, e a reversibilidade de expectativas na evolução de um grande número de doenças. O aumento da eficácia e segurança das novas modalidades terapêuticas motivam, também, questionamentos quanto aos aspectos econômicos, éticos e legais resultantes do emprego exagerado de tais medidas e das possíveis indicações inadequadas de sua aplicação. Um claro exemplo de mau uso, com anos desnecessário ao paciente, à família e à sociedade, seria a manutenção, por métodos artificiais, das funções cardiocirculatórias, em pacientes com morte cerebral (1,2).

Nas unidades de terapia intensiva (UTI) existe entre seus usuários um grupo especial de pacientes que se caracteriza por utilizar uma infinidade de recursos tecnológicos e, mesmo assim, apresenta resultados persistentemente desanimadores. Cada vez mais, são avaliados com maior rigor os benefícios que tais pacientes obtêm em troca de tanto sofrimento e investimento (3). Na última década foram testados inúmeros escores clínicos que, entre outros objetivos, tentavam identificar aqueles pacientes que mantinham essa alta mortalidade a despeito dos maciços investimentos médicos e tecnológicos. Os escores mais aceitos foram o TISS, o APACHE, o MOF e, em pediatria, o PRISM. Tais escores mostraram-se eficazes apenas quando aplicados a grupos de pacientes, não sendo confiáveis quando utilizados em casos individuais (4,5).

Por esta conscientização de se avaliarem os possíveis efeitos maléficos e/ou injustiça em contraposição aos possíveis benefícios, estamos atualmente bem distantes dos tempos em que imperava o pressuposto de que "se algo poderia ser feito, então deveria ser feito". Hoje o possível benefício obtido por meio de um ato médico é contrabalanceado com outros valores, tendo por finalidade fornecer o melhor cuidado possível compatível com a melhor evolução e de acordo com os recursos disponíveis (6). Do ponto de vista ético, pretende-se evitar que esta tecnologia venha a se transformar em instrumento que prolongue o sofrimento e retarde, a qualquer custo, o inevitável processo de morte, submetendo o paciente a uma agonia por métodos artificiais (7).

## Conceituação de paciente terminal

Existe um determinado momento na evolução de uma doença que, mesmo que se disponha de todos os recursos, o paciente não é mais salvável, ou seja, está em processo de morte inevitável. Este conceito não abrange apenas a potencialidade de cura ou reversibilidade de uma função orgânica atingida, mesmo tratando-se de órgão nobre. Refere-se àquele momento em que as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida, mas apenas prolongam o processo lento de morrer. A terapêutica, neste caso, torna-se fútil ou pressupõe sofrimento. Neste momento, a morte não mais é vista como um inimigo a ser temido e combatido, muito pelo contrário, deve ser bem-vinda e recebida como um amigo que trará alívio aos sofrimentos (6,7,8).

Para ilustrar esta situação, tome-se o caso de uma criança de oito meses admitida em uma UTI com diagnóstico de meningococemia, apresentando choque séptico, e que logo a seguir desenvolve parada cardiorrespiratória que reverte após cinco minutos de reanimação. Imediatamente são adotados todos os esforços e medidas no sentido de reverter as disfunções orgânicas, por tratar-se, a priori, de um paciente gravemente doente, porém ainda salvável. Após quatro dias de tratamento intensivo, esta criança persiste com evolução desfavorável, necessitando de desopressores em doses elevadas, anúria, sinais de sobrecarga hídrica e hiperazotemia, grave comprometimento do sistema nervoso central (sem sinais de morte cerebral), totalmente dependente de ventilação mecânica e com sinais de sofrimento de alças intestinais em decorrência da hipóxia. Já nesta etapa, esta criança encontra-se, muito provavelmente, no período de morte inevitável. Dessa forma, o arsenal terapêutico em uso (vasopressores, antibióticos, ventilação mecânica, etc.) e as medidas a serem indicadas (cirurgia abdominal, diálise, etc) teriam como principal efeito o retardamento do óbito, mas sem evitá-lo, e à custa de muito sofrimento.

O momento em que o paciente deixa de ser salvável e passa a fazer parte do período de morte inevitável é impreciso, variável e dependente de uma série de fatores, sendo arbitrado de maneira diferente por cada um de nós (e). Em um estudo envolvendo 50 pacientes terminais, foi observado que este momento foi identificado, em média, no 24º dia de internação hospitalar, demonstrando a dificuldade e o caráter temporal desta decisão (8). Dentro de uma visão bidimensional da linha da vida, poderíamos considerar este momento como uma faixa elástica e móvel com limites imprecisos (figura 1). Esta faixa de inversão de expectativas é difícil de delimitar e definir, pois é grande o número de vozes envolvidas (paciente, família, equipe médica, Comissão de Ética, e outros), e a linguagem utilizada também não é concordante e uniforme (7).

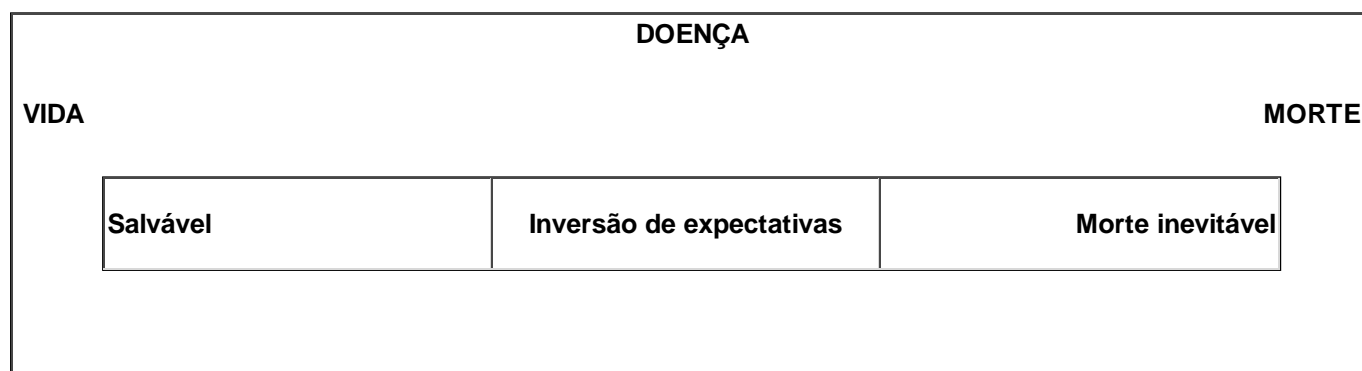


Figura 1: Diferentes etapas na evolução de uma doença no organismo humano, no que se refere a sua capacidade de ser salvo.

A identificação do período de inversão de expectativas envolve todo um processo de racionalização, exigindo uma postura crítica, neutra e isenta de conceitos pré-concebidos, que avalie as opções terapêuticas utilizáveis ou dispensáveis no atual estágio de doença. Essa racionalização levará em conta pelo menos três grandes critérios: a) objetivos: obtidas por meios de imagens, exames laboratoriais e anátomo-patológicos, assim como mensuração de variáveis fisiológicas, que confirmem ou não o estágio avançado e irreversível da doença; b) subjetivos: por meio da verificação de reações observadas no exame clínico, como ausência de interação com o meio ambiente, resposta à dor, pulso, perfusão, padrão ventilatório, entre outros; e, c) intuitivos: sendo estes avaliados tanto no grupo médico como no paciente (6,7). Com a análise integrada destes critérios, teremos uma concepção do paciente como um todo, e a sua interação com o atual estágio da doença. Esta avaliação deve ser enfocada sob a ótica dos princípios da moral e da ética, os quais nortearão as medidas e atitudes a serem adotadas. Os princípios micos e morais têm pesos e hierarquias diferentes, devendo, portanto, ser obedecida uma seqüência lógica na sua avaliação e aplicação.

### Aplicação dos princípios morais e éticos

A atuação médica é movida por dois grandes princípios morais: a preservação da vida e o alívio do sofrimento. Estes dois princípios se complementam na maior parte das vezes; entretanto, em determinadas situações podem

tomar-se antagônicos, devendo prevalecer um sobre o outro. Se tomarmos como princípio básico o de se optar sempre pela preservação da vida, independente da situação, estaremos com tal atitude negando a existência da finitude humana (6,9). Como sabemos, existe um momento na evolução da doença em que a morte torna-se um desfecho esperado e natural, não devendo, portanto, ser combatida.. Desta forma, no paciente solvável, a aplicação dos princípios da moral deve fundamentar-se na preservação da vida, enquanto que, na etapa de morte inevitável, a atuação médica, do ponto de vista da moral, deve objetivar prioritariamente o alívio do sofrimento - *primun non nocere* (figura 2).

DOENÇA		
VIDA		MORTE
<b>Salvável</b>	<b>Inversão de expectativas</b>	<b>Morte inevitável</b>
<b>Preservação da vida</b> Alívio do sofrimento		<b>Alívio do sofrimento</b> Preservação da vida

Figura 2: Hierarquização e aplicação dos princípios médicos da moral na evolução de uma doença.

A aplicação dos princípios éticos - beneficência, não maleficência, autonomia e justiça - deve ser realizada em uma seqüência de prioridades. Os princípios da beneficência e não maleficência são prioritários sobre a autonomia e a justiça.. Na maioria das ocasiões, o princípio da beneficência prevalece sobre a não-maleficência, mas, dependendo da situação, pode haver uma inversão nesta prioridade. No sentido de aplicar corretamente estes princípios, deve-se estabelecer como, quando e o que determinará o predomínio de um sobre o outro. De uma forma objetiva e simples, poderíamos dizer que na fase salvável deve prevalecer a beneficência sobre a não-maleficência (figura 3). Neste período, justifica-se a aplicação de medidas salvadoras (diálise, amputações, ventilação mecânica, transplantes, etc), mesmo que tragam consigo algum grau de sofrimento. O primeiro objetivo neste momento é a preservação da vida. Por outro lado, quando o paciente se encontra em fase de morte inevitável, a cura já não é mais possível e os objetivos concentram-se na não-maleficência. Ou seja, tomar medidas que proporcionem o alívio do sofrimento em primeira instância. Se instituído nesta fase, um tratamento mais agressivo, visando à cura (um transplante, por exemplo), além de ineficaz, trará maior sofrimento. (7,8,9).

DOENÇA		
VIDA		MORTE
<b>Salvável</b>	<b>Inversão de expectativas</b>	<b>Morte inevitável</b>
<b>Preservação da vida</b> Alívio do sofrimento		<b>Alívio do sofrimento</b> Preservação da vida
<b>Beneficência</b> Não-Maleficência		<b>Não-Maleficência</b> Beneficência

Figura 3: Hierarquização e aplicação dos princípios médicos da moral e da ética (beneficência X não-maleficência) na evolução de uma doença.

O princípio da autonomia está secundariamente situado em relação à beneficência e à não-maleficência (7) (figura 4). Para entender essa hierarquização, imaginemos o caso de um paciente com câncer, em uso de quimioterapia, que desenvolve uma pneumonia bacteriana e, por estar em fase depressiva, recusa-se a utilizar antibióticos. O motivo desta recusa deve-se ao medo de uma nova internação hospitalar e de novos exames e procedimentos dolorosos. Os médicos responsáveis pelo paciente certamente não concordarão com tal recusa, pois o princípio da autonomia está sendo utilizado acima dos princípios da beneficência e não-maleficência, o que neste caso poderia representar a morte do paciente.

Os pacientes em fase terminal apresentam algumas peculiaridades em relação à aplicação do princípio da autonomia. Alguns estudos demonstraram que apenas entre 3% e 23% desses pacientes, devido ao grave comprometimento de sua doença, apresentam condições de sensório adequadas para realizar a opção (8). Naqueles intelectualmente incompetentes, e no caso das crianças, o princípio da autonomia deve ser exercido pela família ou responsável legal (7).

Este princípio, como referido anteriormente, hierarquicamente não deve prevalecer sobre os princípios da

beneficência e não-maleficência. Tanto os familiares como os responsáveis devem ter por objetivo defender os melhores interesses do paciente (beneficência), evitar submetê-lo a intervenções cujo sofrimento resultante seja muito maior do que o benefício eventualmente conseguido, ou que determinem desrespeito à sua dignidade como pessoa (não-maleficência) (7,9). Em relação à criança, é importante ressaltar que seus interesses merecem proteção independente do seu reconhecimento pelos pais. Estes não têm o direito de forçar seus filhos a receber tratamentos nocivos ou desproporcionalmente penosos, mesmo que por motivos religiosos. Conseqüentemente, os médicos devem intervir ou negar-se a adotar condutas específicas quando as decisões dos pais forem contrárias aos melhores interesses da criança (10).

Mas então, como deve participar exercício do princípio da autonomia na situação do paciente terminal? Por este princípio, abre-se a perspectiva deles participarem da decisão no que se refere ao tipo de atendimento que será prestado. Ou seja, participar de uma decisão com características únicas, que implicará inclusive em pronunciar um veredicto sobre a vida de seu familiar. Em razão da dificuldade e abrangência de tal decisão, mesmo para aqueles que não estejam emocionalmente envolvidos, ela deve ocorrer de uma maneira evolutiva e com a velocidade adequada a cada caso. Em nenhum momento, essa decisão deve ser unilateral, muito pelo contrário, ela deve ser consensual da equipe e da família. Para atingir-se tal objetivo, a família deve passar pela mesma seqüência de racionalização que a equipe médica passou para entender o atual estágio da enfermidade do paciente. Somente após este estágio, a família estará apta a participar das decisões. Neste momento, é absolutamente imprescindível que o médico (e toda a equipe) esteja seguro, tendo suas dúvidas já resolvidas. O seu papel para com a família é o de apresentar de forma imparcial a evolução do caso, discutir pormenorizadamente as possíveis opções, sempre sob o prisma dos princípios éticos e morais. A equipe deve, de alguma forma, orientar e recomendar uma opção, para que a família se associe ou não à decisão. Não pode ser permitido neste momento um ato inconseqüente como o de jogar toda a responsabilidade da decisão para a família. Caso não se obtenha uma decisão de consenso, reinicia-se o processo, com a ajuda, inclusive, de outros profissionais, como o médico da família, psiquiatra, psicólogo ou, então, com a ajuda de pessoas que tenham credibilidade no círculo familiar (ó,7,8,9,11).

O princípio da justiça deve ser levado em conta na decisão final, embora também não deva prevalecer sobre os princípios da beneficência, da não-maleficência e da autonomia (figura 4). Assim, se é consenso que um paciente, mesmo em estado crítico, será beneficiado com um determinado tipo de medicação, a despeito de que o produto esteja escasso no hospital, preservam-se os princípios da beneficência e da autonomia sobre os da justiça.. Por outro lado, o mau uso dos princípios de beneficência, não-maleficência e autonomia pode levar a uma aplicação incorreta do princípio da justiça. Ou seja, se o paciente encontra-se na fase de morte inevitável e são oferecidos cuidados desproporcionais, estaremos, com esta atitude, utilizando recursos (leito de UTI, medicamentos, etc) que poderiam ser aplicados em outros pacientes (7,8).

DOENÇA		
VIDA		MORTE
<b>Salvável</b>	<b>Inversão de expectativas</b>	<b>Morte inevitável</b>
<b>Preservação da vida</b> Alívio do sofrimento		<b>Alívio do sofrimento</b> Preservação da vida
<b>Beneficência</b> Não-Maleficência		<b>Não-Maleficência</b> Beneficência
	<b>Autonomia</b> <b>Justiça</b>	
	<b>DECISÃO</b>	

Figura 4: Hierarquização e aplicação dos princípios médicos da moral e da ética (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça) na evolução de uma doença.

### Análise de possíveis condutas frente ao paciente terminal

Como já afirmado anteriormente, em primeiro lugar é indispensável haver um consenso em relação ao caráter terminal do paciente para, num segundo momento, discutirem-se as possíveis condutas em relação ao mesmo. É importante que seja conduzida uma etapa de discussão dentro da equipe e, depois, com o paciente e/ou familiares, sempre invocando os princípios éticos e morais, sem perder de vista a particularidade de cada situação. Os objetivos devem ser comuns entre familiares e equipe médica, sempre visando a mais conforto e menos sofrimento para o paciente.

No nosso meio, embora pouco se publique ou se discuta em relação ao assunto, na prática, algumas atitudes frente ao paciente terminal acabam sendo assumidas, seja pela equipe médica seja por profissionais isoladamente. Algumas são conscientes e maduras, muitas vezes compartilhadas com o próprio paciente ou com a família, mas,

neo raras vezes, observamos condutas assumidas de forma inconsciente e/ou irresponsável, inclusive com desrespeito aos princípios éticos e morais, o que resulta em sofrimento e/ou abandono do paciente terminal e de sua família.

A partir do momento em que o paciente é considerado em fase de morte inevitável, nas condutas posteriormente assumidas prevalece o princípio da não-maleficência. A atuação da equipe deve visar ao conforto do paciente e ao alívio do seu sofrimento, não devendo por isso capitular diante de possíveis sentimentos de incapacidade, incompetência ou omissão. Nesse momento, a equipe tem obrigação ética e moral de manter o suporte emocional e todas as medidas que visem a não-maleficência, questionando todas aquelas que possam ferir tal objetivo (tratamento fútil ou causador de sofrimento).

A terminologia sobre as condutas empregadas ou negadas ao paciente terminal é ampla e polêmica, incluindo mais comumente: não-adoção e/ou retirada de medidas de suporte de vida, ordem de não reanimar, interrupção de tratamento fútil, suspenso de cuidados ordinários e/ou extraordinários, distanásia e eutanásia.

- a. Não-adoção e/ou retirada de medidas de suporte de vida - nos Estados Unidos, na última década, a suspensão de tratamento de suporte de vida, além de ser muito discutida, tem sido aceita em situações onde a continuação do mesmo é considerada mais penosa do que benéfica para o paciente. Tal decisão envolve julgamentos não apenas do domínio médico, mas, especialmente, éticos, morais e legais (12). Esta medida inclui a suspensão de todo e qualquer tratamento ou conduta médica de preservação da vida do paciente que, acredita-se, não mais traz benefício para o mesmo, ou até aumenta o seu sofrimento. A suspensão é condicionada à aceitação ou consentimento do próprio paciente ou sua família. Esta conceituação de atitudes hierarquiza os princípios éticos da não-maleficência, beneficência e autonomia (13).

Ainda que filosoficamente semelhantes, parte da classe médica considera não-adoção ou retirada de medidas de suporte de vida como atitudes distintas.. Pesquisa entre profissionais de terapia intensiva dos Estados Unidos mostrou que, embora quase 90% dos profissionais já tenham utilizado condutas de não-adoção e/ou retirada de medidas de suporte de vida em algum momento da sua atividade profissional, apenas 56% dos entrevistados acreditam que a não-adoção é uma conduta semelhante à retirada em pacientes terminais; 43% acreditam que a não-adoção seja mais aceita do que a retirada, e 26% ficam mais incomodados com a retirada do que com a não-adoção de medidas de suporte de vida. Foi demonstrado também que vários fatores interferiram na tomada da decisão de não-adoção ou retirada: "a qualidade de vida" foi o mais importante (67%), "a possível não-sobrevivência à hospitalização" (61 %) foi o segundo, e "a natureza da doença crônica do paciente", bem como "a não reversibilidade da sua doença aguda" (54%) foram o terceiro fator. Entre os pediatras entrevistados, 63% consideraram muito importante o fator "possível não-sobrevivência à hospitalização" (11, 12).

- b. Ordem de não reanimar (NR) - ara a maioria dos autores significa a não-adoção de medidas de reanimação somente por ocasião de uma parada cardiorrespiratória (PCR) (14). Tal conduta começou a ser instituída há quase vinte anos em hospitais dos Estados Unidos, quando as primeiras recomendações para a reanimação cardiopulmonar (RCP) sugeriam que "a RCP não estava indicada em algumas situações, como em casos de doença terminal irreversível, não fosse inesperada", já que tal atitude poderia conflitar com os desejos do próprio paciente ou poderia não atender aos seus melhores interesses. Considerava-se atitude compatível com alguns valores éticos: não prolongar desnecessariamente a morte, evitar tratamento fútil, e distribuir recursos médicos a outros pacientes que deles pudessem se beneficiar (15).

As recomendações para RCP de 1992, da *American Heart Association* (Estados Unidos), referem que o direito de recusa ao tratamento médico não depende da presença ou ausência de doença terminal, de aprovação de membros da família, ou de aprovação de médicos ou administradores de hospital. Se o paciente é ou está intelectualmente competente, ele deve ser informado sobre a sua condição e o seu prognóstico, a natureza da intervenção proposta, bem como as suas alternativas, riscos e benefícios (16). Observa-se nessa recomendação a prevalência do princípio da autonomia, que, de alguma forma, fere o da beneficência.

A justificada para a conduta de NR também se baseia em estudos que demonstram que os pacientes de UTI mais gravemente doentes, em geral, têm os piores desfechos a despeito do consumo desproporcional de recursos médicos (3). Trata-se, no entanto, de uma decisão médica que, individualmente, pode ser complicada pela incerteza prognostica, por equívocos sobre a autonomia do paciente e por implicações legais. Estudo multicêntrico sobre ordem de NR em hospitais americanos mostrou que 39% das mortes ocorridas nas suas UTI foram precedidas por decisões de NR. A maioria desses pacientes (94%) morreu no hospital, e 86% morreram ou receberam alta da UTI até três dias após a decisão de NR. Em geral, a prescrição de NR levava em consideração a idade avançada e a má condição de saúde prévia do paciente, bem como o diagnóstico e a gravidade da doença (15).

Apesar de no nosso meio não existirem poéticas hospitalares de NR ou atitudes médicas de NR formalmente registradas em prontuário, tal conduta é adotada com alguma frequência. Em geral, são ordens verbais e informais de NR, empregadas para "deixar o paciente morrer", no caso de sofrer PCR, possivelmente para evitar desgaste

emocional do paciente e da família, bem como para evitar o processo de discussão e negociação com a última. Esta decisão, que muitas vezes é adequada por atender aos princípios da beneficência e não-maleficência, peca na sua adoção por ser unilateral e infringir o princípio da autonomia.

Na prática, a decisão de NR deve ser consensualmente adotada entre o paciente e o médico. No caso do primeiro ser ou estar intelectualmente incompetente, esta decisão deve ser adotada entre os seus familiares e o médico. Entretanto, se houver qualquer discordância ou recusa, tal conduta não deve prevalecer, pois estaria ferindo o princípio da autonomia (14). Nestes casos, recomenda-se o reinício da discussão a partir da determinação do grau de reversibilidade do paciente e da hierarquização dos princípios éticos. No momento de divergência, pode ser necessária a intervenção de outros profissionais (psicólogo, psiquiatra) ou de pessoas da confiança da família (parentes, consultor espiritual), no sentido de contribuírem para se atingir o consenso. Não pode haver divergências quanto aos objetivos para com o paciente (beneficência ou não-maleficência), porém, as medidas a serem adotadas (os meios) devem ser particularizadas caso a caso (6,7).

c. Interrupção de tratamento fútil - inclui a suspensão de intervenções médicas que, embora eficazes, atingem o objetivo buscado apenas transitoriamente, de tal forma que a situação do paciente logo retorna à condição anterior ou a outras condições que anulam o benefício atingido. O tratamento é fútil quando a sua adoção apenas prolongará a morte, não sendo efetivo para melhorar ou corrigir as condições que ameaçam a vida do paciente. Os esforços para restaurar e manter a vida não devem ser empreendidos se antecipadamente já foram considerados inúteis, obedecendo principalmente ao princípio da não-maleficência (6,7,17).

Diversos autores consideram que o julgamento médico de tratamento fútil é difícil, se não impossível. Em muitas situações, existe o risco do médico impor unilateralmente ao paciente e à família os seus próprios valores, ferindo inclusive o princípio ético da beneficência, como a suspensão de uma medida vital em um paciente ainda salvável. Por este motivo, a interrupção de medidas consideradas fúteis ou a não-adoção de medidas vitais somente pode ser pensada após haver um consenso (não apenas de uma pessoa ou de um segmento da equipe) de que o paciente encontra-se em fase de morte inevitável. Mesmo assim, recomenda-se que sejam suspensas inicialmente as medidas fúteis e que não venham a causar o óbito pela sua suspensão (8,11).

d. Suspensão de cuidados ordinários e/ou extraordinários - é outra denominação freqüentemente utilizada para conduzir os cuidados de pacientes terminais. Há a necessidade de esclarecer o que se entende por cuidados ordinários e extraordinários. Alguns médicos usualmente utilizam a expressão "medidas ordinárias" para tratamentos aceitáveis ou mesmo padronizados, e "medidas extraordinárias" para condutas novas ou experimentais (17).

Ainda que haja discordância em relação a essa terminologia, entende a *Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine (SCCM)* que em uma decisão de suspensão de medidas de suporte de vida não existem diferenças morais intrínsecas entre as categorias de tratamento, tais como reanimação cardiopulmonar, suporte ventilatório, uso de vasopressores, antibióticos e insulina, bem como nutrição e hidratação por meios artificiais (18). Por outro lado, a ética dá uma conotação diferente a essas afirmações, ao considerar que o sofrimento causado pela decisão de prolongar a vida é que as classifica em ordinárias e extraordinárias. Assim, em um paciente terminal, quando houver um consenso sobre a irreversibilidade do estágio de sua doença (morte inevitável), a prioridade será o princípio da não-maleficência, sendo consideradas ordinárias apenas as condutas que manterão o paciente em situação confortável (8,17).

O estudo de Smedira e colaboradores sobre a suspensão de medidas de suporte de vida em pacientes criticamente doentes mostrou que a não administração ou a retirada de fármacos vasopressores foi a primeira conduta tomada, por ser considerada pela equipe como o meio mais humano e objetivo de suspensão de medidas mantenedoras da vida. Entretanto, a conduta mais utilizada na retirada de medidas de suporte de vida foi a suspensão da ventilação mecânica, primeiramente pela retirada de oxigênio suplementar e de pressão positiva expiratória final. Os pacientes eram então colocados em sistema de Agre somente se aquela conduta não tivesse resultado em uma morte rápida (19).

As medidas que não apresentam risco de causar "mal irreversível" (transfusões, coleta de exames, medicamentos, hidratação, etc.) seriam consideradas as primeiras elegíveis para possível retirada, enquanto que aquelas de suporte de função orgânica (ventilação mecânica, drogas vasoativas, diálise peritoneal, em) e portanto, potenciais determinantes de irreversibilidade, seriam consideradas as últimas, em respeito ao princípio da beneficência (8).

e. Distanásia (dis + thanasia), morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento (20). Embora pouco usado em nosso meio, é um termo que pode ser empregado como sinônimo de tratamento fútil. Trata-se de atitude médica que, visando salvar a vida de paciente terminal, submete-o a grande sofrimento ou tortura, possivelmente pela insegurança ou mesmo pela onipotência do profissional.

f. Eutanásia (eu + thanasia), morte serena, sem sofrimento. Oposto de distanásia. Prática pela qual se busca

abreviar, sem dor ou sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável (20). Na Holanda, em torno de um sexto das mortes anuais é decorrente de eutanásia (21).

A eutanásia é considerada, na maior parte dos países, como uma conduta não aceita, e até mesmo condenada na atividade médica, do ponto de vista ético, moral e legal (8,9,11,21). Entre seus riscos, citam-se pelo menos três: a) possibilidade de erro; b) possibilidade de abuso; c) corrosão no relacionamento médico (e). No sentido de minimizar ou atenuar as conseqüências deste ato, distinguem-se, em função do tipo de atitude tomada, duas modalidades de eutanásia: a ativa, que seria provocar a morte rápida, através de uma ação deliberada, como, por exemplo, uma injeção intravenosa de potássio; e a passiva, que seria deixar morrer através da suspensão de uma medida vital, e que levaria o paciente ao óbito em um espaço de tempo variável. Ambas as medidas, filosoficamente, têm o mesmo significado. Assim, a maioria das atitudes descritas até aqui neste artigo poderia ser considerada uma forma velada de eutanásia, sendo, portanto, polêmicas e conflitantes com os princípios da ética e da moral (6,8,9,11,21). Seguindo a seqüência da aplicação dos princípios éticos, tão logo seja definido que o paciente não é mais solvável, nossos esforços devem ser dirigidos no sentido de promover e priorizar o seu conforto, diminuir o seu sofrimento, e evitar o prolongamento de sua vida "a qualquer custo". Essa postura está muito distante da promoção do óbito, como proposto pela eutanásia que, à luz dos conhecimentos atuais, não se enquadra nem no princípio da beneficência nem no da não-maleficência.

Uma das recomendações do *Task Force on Ethics* da SCCM, sugere que, uma vez tomada a decisão de suspensão de suporte de vida em paciente terminal, a atenção da equipe deve ser dirigida no sentido de aliviar-lhe o sofrimento e o da sua família, bem como assegurar-lhe uma morte mais digna. A equipe tem a obrigação de continuar com os cuidados de higiene e conforto, e com o tratamento para a dor e o sofrimento. Para tanto, analgésicos e ansiolíticos podem ser usados, ainda que, como para-efeito, possam determinar depressão da função cardiorrespiratória e, indiretamente, apressar a morte do paciente(18).

#### **Abstract – Ethical Considerations in Medical Care of the Terminal Patient**

The authors discuss the concept of terminal patient and the moral and ethical principles of medical acts. In addition, they analyze the possible medical conduct in relation to the terminal patient.

The discussions on a terminal patient are based on a two-dimensional view of his/her lifeline in the periods of the disease evolution: possibility of salvation, inversion of hopes, unavoidable death.

The moral principles of life preservation and relief of suffering are called upon, as well as the ethical principles of beneficence, non-maleficence, autonomy and justice. Those ethical, moral principles are hierarchically organized and applied according to the periods of the disease evolution.

The possible medical conducts in relation to a terminal patient are also analyzed, such as: non-adoption and/or withdrawal of measures of life support, do not resuscitate orders, interruption of futile treatment, stoppage of ordinary and/or extraordinary care, disthanasia and euthanasia, in accordance with the hierarchical organization of ethical and moral principles.

#### **Bibliografia**

1. Pasternak LR, Rogers MC. Financial considerations of pediatric intensive care. In: Rogers MC, editor. Textbook of pediatric intensive care. Baltimore: Williams & Wilkins, 1987: 1483-505.
2. Tasker RC, Wetzell RC, Rogers MC. O futuro da terapia intensiva pediátrica. In: Piva JP, Carvalho PR, Garcia PC, editores. Terapia Intensiva em Pediatria. 3.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1992: 1-7.
3. Pollack MM. Outcome analysis. In: Holbrook PR. Textbook of pediatric critical care. Philadelphia: W. B. Saunders, 1993: 1151-9.
4. Ruttimann UE. Severity of illness indices: development and evaluation. In: Shoemaker WC, Ayres S, Grenvik A, Holbrook PR, Thompson WL, editor. Textbook of critical care. Philadelphia: W.B. Saunders, 1987: 1442-7.
5. Zimmerman JE, Knous WA. Outcome prediction in adult intensive care. In: Shoemaker WC, Ayres S, Grenvik A, Holbrook PR, Thompson WL, editor. Textbook of critical care. Philadelphia: W.B. Saunders, 1987: 1447-65.
6. Glover J, Holbrook PR. Ethical considerations. In: Holbrook PR. Textbook of pediatric critical care. Philadelphia: W. B. Saunders, 1993: 1124-30.
7. Young ED. Life and death in PICU: ethical considerations. In: Civeta J, editor. Critical care. 2.ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1993: 59-82
8. Faber-Langendoen K, Bartels D. Process of forgoing life-sustaining treatment in a university hospital: an empirical study. Crit Care Med 1992;20:570-7.

9. Hastillo A, Ayres S. American physicians consider euthanasia. *Crit Care Med* 1992;20:567-8.
10. Nelson LJ, Nelson RM. Ethics and the provision of futile, harmful or burdensome treatment to children. *Crit Care Med* 1992;20:427-33.
11. Caralis PV, Hammond JS. Attitudes of medical students, housestaff, and faculty physicians toward euthanasia and termination of life-sustaining treatment. *Crit Care Med* 1992;20:683-90.
12. SCCM Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing lifesustaining treatments. *Crit Care Med* 1992;20:320-6.
13. Luce JM. Ethical principles in critical care. *JAMA* 1990;263:696-700.
14. Miles SH, Cranford R, Schultz AL. The do-not-resuscitate order in a teaching hospital: considerations and a suggested policy. *Ann Intern Med* 1982;96: 660-4.
15. Zimmerman JE, Knaus WA, Sharpe SM, Anderson AS, Draper EA, Wagner DP. The use and implications of do not resuscitate orders in intensive care units. *JAMA* 1986;255:351-6.
16. Guidelines for CPR. Ethical considerations in resuscitation. *JAMA* 1992;268:2282-8.
17. Garcia PCR. Caso Clínico. *Bioética* 1993;1:85-7.
18. Task Force on Ethics of the SCCM. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. *Crit Care Med* 1990;18: 1435-9.
19. Smedira NG, Evans BH, Grais LS, Cohen NH, Lo B, Cooke M, Schechter WP, Fink C, Epstein-Jaffe E, May C, Luce JM. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *New Engl J Med* 1990;322:309-15.
20. Ferreira ABH. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
21. Koop CE. Decisions at the end of life. *Ethics and Medicine* 1987;3:22-6.

Endereço para correspondência:

*Jefferson Pedro Piva  
Hospital da Criança Santo Antônio-UTI  
Av. Ceará 1549  
90.240-512 - Porto Alegre-RS.*