

A RELAÇÃO COM O DOENTE SEM POSSIBILIDADE DE MANEJO TERAPÊUTICO

THE RELATIONSHIP WITH THE PATIENT WITH NO POSSIBILITY OF THERAPEUTIC MANAGEMENT

Karin Casarini¹, Anibal Basile-Filho²

¹Psicóloga. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

²Docente. Disciplina Terapia Intensiva. Departamento de Cirurgia e Anatomia. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Correspondência: Centro de Terapia Intensiva – Campus, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Av. Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto – SP – CEP 14049-900. E-mail: abasile@fmp.usp.br, ((16) 602-2439

Casarini K, Basile-Filho A. A relação com o doente sem possibilidade de manejo terapêutico. Medicina (Ribeirão Preto) 2005; 38 (1): 69-73.

Resumo: A capacidade da ciência médica de prolongar a vida através de tecnologia, principalmente no âmbito das unidades de terapia intensiva, tem gerado muitos debates, entre profissionais de saúde e segmentos diversos da sociedade, sobre o quanto o médico deve manter o tratamento de pacientes terminais ou sem possibilidade terapêutica. Estudos demonstraram que a maioria das mortes nos Centros de Terapia Intensiva ocorre após a recusa ou restrição de um tratamento em particular. Muitos profissionais da área da saúde desconhecem essa realidade e, conseqüentemente, têm dificuldade em aceitá-las. Torna-se de suma importância que as decisões sobre o estágio terminal e/ou sobre as medidas para prolongamento da vida sejam discutidas, desde sua definição, entre os médicos intensivistas e assistentes, enfim entre toda a equipe multidisciplinar que está assistindo o paciente. Este artigo de revisão aborda os principais aspectos envolvidos no atendimento do paciente sem possibilidades de manejo terapêutico.

Descritores: Medicina Intensiva. Morte. Aspectos Éticos e Psicológicos.

Ao longo do tempo, a Medicina tem conquistado importantes avanços tecnológicos, responsáveis pelo aumento da sobrevida dos indivíduos. O progressivo conhecimento e controle dos fatores de risco para as enfermidades permitiram que mudanças importantes fossem se implementando no cenário da saúde¹. Tais mudanças envolveram não somente os comportamentos dos indivíduos enfermos, agora melhor orientados em relação à prevenção das doenças, mas também a prática médica. Neste sentido, é possível observar mudanças nos comportamentos de pessoas que passam a apresentar problemas de saúde, como por exemplo, as procuras precoces por serviços de saúde, as modificações no estilo de vida e hábitos, considerados não saudáveis¹. Em relação à prática

médica, as mudanças observadas na organização das instituições hospitalares evidenciam de forma notória as transformações ocorridas com a Medicina. A distribuição e alocação dos doentes no ambiente hospitalar segundo uma racionalidade intencional, a sistematização de condutas terapêuticas preventivas e o expressivo desenvolvimento de tecnologias de suporte e manejo das mais diferentes condições clínicas representam concretamente as funções de cura e reabilitação dos indivíduos enfermos, assumidas pela Medicina². Estas alterações evidenciam a crescente busca pelo prolongamento da vida e a constante evolução dos aparatos médicos dirigidos para este fim.

Neste contexto, é importante ressaltar que estas transformações ocorridas com a prática médica

não trouxeram somente benefícios para os usuários dos serviços de saúde, mas trouxeram também implicações para a definição dos objetivos da Medicina e para as expectativas dirigidas à figura do médico. A finalidade última da Medicina passou a ser representada pelo prolongamento da vida, sendo que a crença é a de que o progresso técnico possibilitaria o domínio do mundo natural, proporcionando um estado de saúde e bem-estar totais. O médico se tornou àquele que trava um embate com a morte, aquele que pode reverter condições clínicas já extremamente comprometidas, ou seja, aquele que pode vencer a morte³. Ao lado de todas estas considerações sobre a Medicina e a atividade médica, estão também as demais profissões e os demais profissionais de saúde, que em diferentes graus e de diferentes maneiras também participam desta luta para a superação da morte e para o prolongamento da vida.

É inegável que o progresso da Medicina contribuiu para um aumento da duração da vida e, também, para uma qualidade de vida, em alguns casos, significativamente melhor. No entanto, parece que este papel assumido e/ou atribuído a Medicina, como a adversária da morte, também tem trazido muitas outras conseqüências. Estas surgem sob a forma de inúmeras críticas, à Medicina e aos médicos, por não aceitarem suas limitações diante da morte, por manterem pessoas vivas a todo custo, independentemente de seus desejos ou de suas famílias e da qualidade de vida que estas pessoas poderão ter. Mas, a maior de todas as críticas talvez seja aquela que evidencie o próprio fato de a Medicina não conseguir vencer a morte, objetivo a que se atreveu e acenou a sociedade como possível³. Assim, o papel assumido e/ou atribuído ao médico, como o rival que pode vencer a morte, parece tornar-se um engodo: apesar da insistente luta contra a morte, ela ocorre, e dificilmente ocorre fora da jurisdição médica^{3/6}.

A morte, então, é transformada em um evento igualado ao fracasso de todo o trabalho dos serviços de saúde, representado principalmente pela atividade médica e, como tal, deve ser evitada, negada e afastada da discussão acadêmica. Cabe ao médico conhecer e lutar pela vida, como se esta não trouxesse em si mesma a própria morte. Dessa forma, cada perda é experimentada pelos profissionais e pelo médico como prova de sua incapacidade, impotência, de seu fracasso diante da morte. A Medicina vê-se, então, diante de uma questão insolúvel, quando considera as concepções e condutas correntes, representadas pela

idealização da profissão e da potência a ela conferida, e o confronto com a realidade, com o que escapa por entre os dedos.

A maior dificuldade surge, assim, nas situações-limite: o vivo que está próximo à morte, a pessoa que tem uma doença diagnosticada e reconhecida e está à morte. Nestas situações se dá o encontro com as limitações, com os recursos restritos e específicos à disposição do médico, que precisa se relacionar com o vivo que será morto, realmente. As dificuldades encontradas pelos profissionais para lidarem com estas situações se evidenciam, por exemplo, nas reações apresentadas durante o fornecimento de informações aos familiares. A falta de atenção, o excessivo linguajar técnico, a interpretação da aflição dos familiares como algo inadequado e a sensação de perda de tempo quando se responde às perguntas, podem representar estratégias para driblar as próprias dificuldades³.

Talvez um dos maiores representantes destas situações-limite em um hospital, porém não o único, seja o Centro de Terapia Intensiva (CTI). Estas unidades, voltadas para o cuidado de pacientes e condições clínicas críticas, com o objetivo de revertê-las, constituem-se em locais onde se defrontam aspectos essenciais de vida e morte, deflagrando relações entre profissionais e entre profissionais e usuários muitas vezes conflitantes⁷. A alta tecnologia, os procedimentos inovadores, a rigidez na luta pela vida e pelo prolongamento dela, podem contribuir para o afastamento dos profissionais, bem como para a negação de que a morte do paciente é inevitável⁸.

A necessidade de uma internação em um CTI é em geral determinada por um evento ameaçador da vida⁹. Assim, a transferência de um paciente para um CTI geralmente ocorre de modo inesperado e é associada a riscos iminentes de vida. Estas características, somadas a clara dependência dos aparatos tecnológicos, podem acentuar as dificuldades trazidas pelo processo de adoecimento. Dessa forma, em uma situação de internação em terapia intensiva, familiares e pacientes, ao contrário de em outras situações hospitalares, se vêem diante de uma ameaça à vida, que muitas vezes permanece diluída no processo de adoecimento, mas que ali, está constantemente representada e ressaltada pela dependência dos aparatos tecnológicos¹⁰. É neste contexto que os profissionais se encontram com o paciente e seus familiares. A internação em um CTI é uma situação em que é oferecida a esperança em casos nos quais o comprometimento clínico e os riscos são importantes e, muitas

vezes a evolução clínica pode impedir a possibilidade de vida. Os profissionais se defrontam assim com a realidade que nem sempre pode ser controlada e com o fato de se transformarem em depositários da esperança e confiança na sua atuação para a manutenção da vida. Isto pode culminar na apresentação de comportamentos aparentemente contraditórios pelos profissionais diante dos pacientes e familiares. O CTI é, assim, repleto de paradoxos: contém as armas mais avançadas contra a doença e vivência, no seu dia-a-dia, a derrota pelo curso natural da vida. Estas condições podem favorecer o isolamento progressivo de um paciente que não responde satisfatoriamente às medidas terapêuticas, com a diminuição dos contatos com o próprio paciente e com sua família. Por outro lado, este distanciamento da equipe raramente é acompanhado de uma diminuição da adoção de “medidas heróicas”, que buscam, em última instância a manutenção e o prolongamento da vida (morte).

O acompanhamento de pacientes e familiares durante uma internação em um CTI reflete a todo instante a perpetuação deste sofrimento, a retratação clara do que muitas vezes não é dito e nem pensado. Em uma pesquisa realizada com os familiares de pacientes internados em um CTI, com o objetivo de descrever suas principais alterações emocionais, verificou-se que, principalmente no período inicial (primeiros quatro dias de internações) as alterações emocionais mais frequentes, relatadas pelos familiares, foram aquelas que incluíam pensamentos relacionados ao paciente e aos resultados da internação, bem como percepções distorcidas da realidade observada no CTI, com a diminuição da esperança, aumento da impotência e de sentimentos disruptivos, como desespero e medo de perder o controle (dados não publicados).

Além disso, em uma das ocasiões em que assistimos uma pessoa gravemente enferma no CTI, cuja evolução sinalizava a diminuição das possibilidades de sobrevida, pudemos observar o crescimento da dificuldade para permanecer junto da paciente. A equipe realizava exames rápidos, passava a maior parte do tempo acompanhando os monitores e sofria grandemente com a necessidade do contato com um corpo que dava sinais claros de falência. Nos momentos de discussão do caso, eram frequentes as expressões de pesar, de impotência e de tensão. De outro lado, percebia-se também uma constante busca por novos conhecimentos e por novas técnicas terapêuticas que pudessem trazer para a paciente outras perspectivas, que não a de sua morte. Parecia assim, que a única

ação possível era a que buscasse a reversão da situação, a que devolvesse a vida a esta paciente, não importando o quanto sua família estivesse distanciada ou as reais condições de levar uma vida digna que lhe restavam. Esta Medicina, designada por esta postura rigidamente imposta na direção da manutenção da vida, parece se esquecer de que o doente, os familiares e até mesmo os profissionais são, antes de qualquer coisa, pessoas que sentem e sofrem como quaisquer outros, principalmente quando se defrontam com a experiência da possibilidade de morte¹¹.

Diante destas considerações, torna-se conveniente refletir sobre a prática do que é medicinal, do que se propõe como condutas terapêuticas. O desenvolvimento da Medicina, vinculado ao crescimento tecnológico, gerou como conseqüência o estabelecimento do medicinal como as ações voltadas para o tratamento das doenças, para a reversão dos estados de desequilíbrios fisiológicos. Medicinal é então aquilo que cura, que trata e elimina a condição patológica. Porém, existe também um outro significado para o medicinal, remetendo ao ato destinado a prevenir e **atenuar** o sofrimento. É uma prática que vai além do tratar o corpo ou a doença e considera como suas as ações do **cuidado** dispensado ao ser humano¹².

Nesta perspectiva, passa a existir um cuidado legítimo a ser oferecido àqueles pacientes que não contam mais com possibilidades de sobrevivência, denominados como aqueles sem possibilidade de manejo terapêutico. Esta expressão designa uma situação na qual quaisquer esforços terapêuticos são fúteis, não trazem real benefício ao paciente, mais prolongando o morrer com sofrimento do que proporcionando uma vida com sentido moral^{4,13}. Surge, assim, a necessidade do reconhecimento da futilidade ou inutilidade de certos tratamentos e da avaliação da recusa ou suspensão dos mesmos. Nas situações de terapia intensiva isto ocorre quando se é necessário decidir sobre o quanto de suporte tecnológico de vida será oferecido ao paciente, optando-se pela adoção do suporte mínimo. Nestes casos, todo esforço terapêutico é suspenso, limitando-se a uma assistência dirigida para a promoção do conforto, analgesia, sedação e para a promoção da dignidade do paciente, bem como condutas específicas relacionadas aos familiares, como esclarecimento adequado e contextualizado em relação às informações obtidas anteriormente e em linguagem acessível sobre todo o quadro e possível evolução do paciente, a indicação dos sinais físicos da proximidade da morte, a abertura para a realização de

perguntas e o oferecimento de orientação e auxílio nas providências que cabem as famílias^{5,13}.

Dessa forma, pode-se perceber que, ao contrário do que costumeiramente ocorre, a equipe de saúde tem muito que fazer diante de um paciente que não tem mais possibilidade de manejo terapêutico. Este fazer traz inúmeros desafios, na medida em que foge ao paradigma de cura, mas, sem dúvida, cumpre com a função última da Medicina.

A questão se coloca quando, diante das decisões de restrição ou suspensão dos tratamentos, verifica-se que a morte frequentemente ocorre após a efetivação destas decisões⁶. Este fato intensifica ainda mais as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, especialmente os médicos, acentuando as sensações de fracasso e culpa diante do paciente morto. É neste contexto que surgem as discussões sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia, evidenciando que os médicos podem, e em alguns casos o fazem, prorrogar a morte a pontos desnecessários e que também podem determinar o momento em que ela pode ocorrer^{5,6}. Estas discussões, nas quais os conceitos de finalização intencional da vida e supressão dos tratamentos fúteis frequentemente são confundidos, levam a uma sensação ainda maior de que a responsabilidade pela vida cabe somente aos profissionais de saúde, quando, na verdade, deveriam remeter a uma reflexão sobre o papel de pacientes e familiares nas decisões relacionadas ao seu tratamento e sua vida.

A grande confusão existente em torno deste assunto e a falta de segurança dos índices utilizados para prognosticar a evolução individual de um paciente acabam por culminar na adoção de condutas bastante diversas, mesmo entre profissionais da mesma equipe. Em geral, observa-se que existem posturas individuais que optam pela interrupção do suporte vital diante de condições de alta probabilidade de óbito, assim como há aqueles que não abrem mão de manter o suporte vital pleno e vigoroso^{4,14}. Estas contradições, em geral, tem como resultado o prolongamento da morte do paciente, sem que ele ou a família tenham chance de lidar com o que ocorre de fato.

A resolução destas questões não parece ser simples e nem unânime, mas parece residir na possibilidade de se estabelecer uma relação próxima e constantemente reflexiva entre os profissionais e entre os profissionais (médicos) e o paciente e/ou familiares. A busca por estratégias que possam indicar um prognóstico para os pacientes é válida, porém, nestes casos, não interessa somente saber a respeito do risco

de óbito, mas também saber do grau de limitações que este paciente apresentará, saber de sua qualidade de vida^{15,16}. A disposição para discutir um caso de modo franco e aberto, incluindo posições pessoais, para coletar informações junto ao paciente ou sua família sobre sua condição anterior, suas preferências, seus desejos e suas possibilidades de cuidar do paciente fora do hospital podem fornecer indicativos subjetivos e individuais que contribuam para a tomada de decisão. Quando é possível compor um retrato de quem é o paciente, quem é sua família, o que pensam e sentem e quais as reais chances avaliadas pelos parâmetros médicos existentes, a continuidade do tratamento, o investimento ou sua interrupção pode assumir uma outra conotação e ser também definida como cuidado médico e atenção ao paciente. Neste sentido, um estudo envolvendo profissionais de um CTI com o objetivo de verificar suas condutas diante da morte e da suspensão de um tratamento considerado fútil, evidenciou que a discussão e a informação sobre os temas relacionados à morte podem contribuir para que o reconhecimento da futilidade seja mais praticado, diminuindo o sofrimento de pacientes e familiares⁶. É importante enfatizar que este reconhecimento não implica em uma diminuição dos cuidados prestados, mas sim na diferenciação do atendimento e dos objetivos diante do paciente, que passam a estar intimamente ligados com a qualidade de vida daquela pessoa.

A experiência do atendimento de pacientes gravemente enfermos e sem possibilidades terapêuticas e seus familiares no CTI do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP demonstrou que o delineamento de intervenções específicas pode contribuir muito para o trabalho desenvolvido com estas pessoas. Neste serviço foram estruturados atendimentos, fornecidos sempre por dois ou mais membros da equipe multiprofissional, com o objetivo de receber e acompanhar os familiares destes pacientes. Estes atendimentos buscam investigar o grau de compreensão dos familiares sobre o quadro clínico e evolução de seu parente, uma vez que nem sempre estes pacientes estavam doentes anteriormente, bem como estabelecer um canal de comunicação eficiente, que proporcione acolhimento, confiança e apoio da equipe aos familiares. A realização destes atendimentos pôde contribuir para que a possibilidade de morte fosse discutida e considerada, não somente com os familiares, mas também entre os profissionais. Esta presença da morte na atividade cotidiana e as trocas existentes entre todos envolvidos enriqueceram

muitas das discussões sobre a continuidade ou suspensão do suporte, podendo contar com informações de outra natureza e de outra perspectiva.

Assim, a consideração da proximidade da morte e da busca por condutas que possam auxiliar a to-

dos envolvidos a aceitá-la e enfrentá-la é também tarefa da Medicina. O cuidado dispensado ao indivíduo, inserido e entendido em sua condição humana e mortal, confere a Medicina à nobreza de um fazer humano que se submete às leis naturais.

Casarini K, Basile-Filho A. The relationship with the patient with no possibility of therapeutic management. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2005; 38 (1): 69-73.

Abstract: The ability of medical science to prolong life through technology, especially in the setting of intensive care units, has generated much debate among health professionals and different segments of society about the extent to which the physician should maintain the treatment of terminal patients or patients with no possibility of therapeutic management. Several studies have shown that most of the deaths in intensive care units occur after refusal of a particular treatment. Many health professionals are unaware of this reality and therefore have difficulty in accepting it. Thus, it is of the utmost importance to discuss the decisions about the terminal stage as well as the definition of such stage among intensive care physicians and assistants, and the entire multidisciplinary team that provides care for the patient. The present review article deals with the main aspects involved in the care of patients with no possibility of therapeutic management.

Keywords: Intensive Medicine. Death. Psychological and Ethical Aspects.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Gimenes MGG. Definição, foco de estudo e intervenção. In: CARVALHO MM, ed. *Introdução à psicooncologia*. 1.ed. São Paulo:Psy; 1994. p.35-41.
- 2 - Foucault M. O nascimento do hospital. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. 6.ed. Rio de Janeiro: Graal; 1986. p.99-111.
- 3 - Zaidhaft S. A morte e a medicina. In: Zaidhaft S. *Morte e formação médica*. 1. ed. Rio de Janeiro:Francisco Alves;1990. p. 95-156.
- 4 - Vincent JL. Cultural differences in end-of-life. *Crit Care Med* 2001;29(Suppl2): N52-N55.
- 5 - Fins JJ, Solomon MZ. Communications in intensive care settings: the challenge of futility disputes. *Crit Care Med* 2001;29(Suppl2): N10-N15.
- 6 - Moritz RD, Nassar SM. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. *RBTI* 2004;16: 14-21.
- 7 - Gomes AMCG, Santos PAJ. Humanização em medicina intensiva. *Rev Bras Anestesiol*, [No prelo].
- 8 - Pierre CA. A unidade de terapia intensiva. In: Pierre CA. *A arte de viver e morrer*. 1.ed. São Paulo:Ateliê Editorial; 1998. p. 35-8.
- 9 - Carlson VR, Mroz I. Barriers to effective patient care. In: Shoemaker WC, ed. *Textbook of critical care*. 4.ed. New York: W.B.Saunders; 2000. p.2038-45.
- 10 - Mohta M. Psychological care in trauma patients. *Injury Int J Care Injured* 2003;34: 17-25.
- 11 - Carvalho VA. A vida que há na morte. In: Bromberg MHPF. *Vida e morte: laços da existência*.1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p. 35-76.
- 12 - Oliveira ECN. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicol Ciênc Prof* 2002; 22(2): 30-41.
- 13 - Othero J, Costa JI. Paciente não-reanimável e paciente de suporte mínimo. In: Orlando JMC. *UTI: muito além da técnica...a humanização e a arte do intensivismo*. 1.ed. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 195-8.
- 14 - Campos L, Orlando JMC. A morte: uma indesejável colega de plantão? Nem sempre... In: Orlando JMC. *UTI: muito além da técnica...a humanização e a arte do intensivismo*. 1.ed. São Paulo: Atheneu; 2001, p. 37-40.
- 15 - Orlando JMC. Estado vegetativo: até quando? In: Orlando JMC. *UTI: muito além da técnica...a humanização e a arte do intensivismo*. 1.ed. São Paulo: Atheneu; 2001p. 59-62.
- 16 - Orlando JMC. Eutanásia & CIA: termos que confundem. In: Orlando JMC. *UTI: muito além da técnica...a humanização e a arte do intensivismo*. 1.ed. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 207-14.