

Cristiano Corrêa Batista

**INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA E O LIMITE DA INTERVENÇÃO
HUMANA**

Porto Alegre
Faculdade de Medicina da PUCRS
2005

Cristiano Corrêa Batista

**INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA E O LIMITE DA INTERVENÇÃO
HUMANA**

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Doutor em Medicina.

Área de concentração: Clínica Médica

Orientador: Prof. Dr. Carlos Cezar Fritscher
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Co-Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre
Faculdade de Medicina da PUCRS
2005

AGRADECIMENTOS

À Jesus Cristo

“ Meu Senhor e meu Deus: inúmeras vezes me vistes chorar bebendo o cálice da derrota; muitas vezes me vistes sofrer ao enfrentar injustiças; muitas vezes me vistes pedir para alcançar objetivos; poucas vezes me vistes agradecer. Hoje, ao recordar todos os meus passos, dou-me conta que, verdadeiramente, eu deveria sorrir e agradecer por tudo aquilo que recebi durante toda a minha vida, pelas bênçãos, pela paz, minha família, saúde, trabalho, dignidade e pela luz que guia os meus caminhos.”

À Stéphanie, Lucas e Mateus,

“ Somente a presença e a força de vocês me dão coragem e estímulo para enfrentar os desafios e buscar conquistas.”

Aos acadêmicos Maurício Alberto Goldbaum Jr. e Fernanda Sztiler,

“ Trabalhamos e aprendemos juntos. Somos, verdadeiramente, parte de cada momento dessa conquista. Ela não seria possível sem a dedicação de cada um de vocês. Certamente, o sucesso trilhará os vossos passos e a alegria de vocês também será a minha.”

Aos meus colegas,

“ Agradeço pelo companheirismo e amizade sempre presente em nossas relações. Que a saudade seja motivo para reencontros.”

Às funcionárias Sônia Aparecida Montovani e Maria Eloá Coimbra,

“ Agradeço pela acolhida e pelo carinho dispensados em todos os momentos,
você fizeram-me sentir sempre em casa.”

Aos meus professores,

“ Agradeço pelos conhecimentos partilhados e pelo estímulo em buscá-los
continuamente.”

Aos professores Drs. Elaine Tomasi e Paul Gerhard Kinas pela assessoria estatística.

À professora Eni Fetter Zambrano pela revisão da língua vernácula desse trabalho.

À professora Dra. Jussara Fiterman,

“ Você representa um novo tempo em minha vida profissional. Há uns que falam mas não ouvimos; Há uns que nos tocam mas não sentimos; Há aqueles que nos ferem mas nem cicatrizes são capazes de deixar; Mas há aqueles que vivem e nos marcam por toda a vida. Ao chegar temeroso, em um mundo desconhecido, cheio de desafios, recebi de você conhecimento, carinho, amizade, acolhida e muito estímulo para continuar. Meu sincero reconhecimento e eterna gratidão.”

Ao professor Dr. José Roberto Goldim,

“ Caro amigo e co-orientador, obrigado por aceitar mais esse desafio. Sinto-me feliz em partilhar esta conquista com você. Cada semente plantada com fé, é certeza da colheita de um bom fruto. Minha formação na área de bioética sempre passará pelos seus ensinamentos.”

Ao professor Dr. Carlos Cezar Fritscher,

“ O orientador é um educador, estabelece com o seu orientando uma relação de enriquecimento recíproco. Encaminha, ouve, corrige desvios, soma, permite idéias próprias e discute-as, cobra, constrói junto e ajuda. Assim foi a orientação que tive. Sinto-me honrado em tê-lo tido como orientador, tudo que precisei recebi, nada me faltou, mesmo sem pedir. Lembro-me dos primeiros momentos de conversa, em meio a atribulação do trabalho, houve tempo para me ouvir. E assim nossa relação, ao longo do tempo, alicerçou-se na consideração, no respeito e na amizade. Ao final desse trabalho, estou convicto de você ter se tornado para mim, uma referência.”

“Existem os que desejam saber somente para saber – desprezível curiosidade.

*Existem os que desejam saber somente para se colocarem em evidência –
desprezível vaidade.*

*Existem os que desejam saber para vender e lucrar com o conhecimento
adquirido – desprezível comércio.*

Existem os que desejam saber para educar – isso é caridade.

Existem os que desejam saber para se educarem – isso é prudência.

Somente àqueles que perseguem o saber para educar e se educarem praticam
o bem.”

São Bernardo

RESUMO

Introdução - reformular as metas dos cuidados intensivos, partindo, da cura para o conforto, torna-se necessário nos dias atuais. Em vários casos, pacientes apresentam lesões orgânicas graves, passando a depender da terapia intensiva para continuar sobrevivendo. O médico intensivista, freqüentemente está diante da decisão de suspender ou não-ofertar determinada terapia, apesar de ela estar disponível. **Objetivos** - estimar o risco evolutivo de probabilidade de morte individual para pacientes internados com insuficiência respiratória na UTI, identificar quais terapias mantenedoras da vida foram administradas, o tempo de internação e o desfecho. Comparar o desfecho morte em relação aos modelos UNICAMP II e APACHE II, bem como verificar se as terapias mantenedoras da vida podem ser limitadas ou suspensas. **Método** – foi estimado, por meio de um sistema evolutivo de 7 dias, o risco provável de óbito utilizando os modelos citados. Foram registrados o tempo de internação, o tratamento e o desfecho. Foi considerada como possível terapia fútil aquela instituída para pacientes com risco progressivo de óbito ≥ 90 % ao longo dos 7 primeiros dias de internação. A análise estatística foi realizada através dos Modelos Lineares Generalizados e os ajustes estatísticos pelo menores valores de Deviance e AIC. **Resultados** – Idade, sexo, raça ou morbidade não mostraram significância estatística para predizer o desfecho. Essa predição foi melhor averiguada por meio da evolução do índice prognóstico individual de probabilidade de óbito nos primeiros 7 dias de internação na UTI. A piora do prognóstico em 10 % para pacientes que apresentam risco inicial de óbito de 70 – 80 %, utilizando o modelo UNICAMP II, mostrou especificidade de 97,4 – 98,6 %. **Conclusão** – Não constatamos

critérios para a não-oferta de terapias mantenedoras da vida com base no diagnóstico de doença crônica ou aguda grave, raça, sexo, idade ou tempo de uso das terapias. A evolução prognóstica dos pacientes, nos primeiros 7 dias de internação na UTI, é de grande auxílio do ponto de vista objetivo para a tomada de decisões éticas em torno da não-oferta de novas terapias mantenedoras da vida.

Palavras-chave - UTI, Insuficiência Respiratória, Futilidade Terapêutica.

ABSTRACT

Introduction – Currently, the reformulation of intensive care goals, often shifting from the search for a cure to offering comfort, has become more and more necessary. In many cases, severely ill patients must depend on intensive therapy to survive. The intensivist is frequently confronted with the decision to suspend or not offer a specific therapy, despite its availability. **Objectives** – Estimate the developing risk of probability of death for individual ICU patients with respiratory failure, identify which life-sustaining therapies were administered, time of internment and outcome. Compare the death outcome in relation to UNICAMP II and APACHE II models, as well as verify if the life-sustaining therapies may be limited or suspended. **Method** – Using a system with a 7-day evaluation period, probable death risk was estimated using the aforementioned models. Time of internment, treatment and outcome were recorded. Considered possible futile therapies were those established for patients with a progressive death risk of $\geq 90\%$ during the first seven days of internment. Statistical analysis was carried out using Generalized Linear Models and the statistical adjustments were done using the lesser value of Deviance and AIC. **Results** – Age, sex, race or morbidity did not reveal statistical significance in predicting outcome. This prediction was confirmed more accurately by means of changes in the individual prognostic index of death probability during the first seven days of ICU internment. A 10 % worsening prognosis in patients who presented initial death risk of 70 – 80 %, utilizing the UNICAMP II Model, showed a specificity of 97.4 – 98.6 %.

Conclusion – We did not confirm criteria for not-offering life-sustaining therapies based on the diagnosis of chronic or acute illnesses, race, sex, age or

period of use of the therapies. Prognostic changes in patients during the first seven days of ICU internment are of great aid, from an objective point of view, for ethical decision-making in relation to not-offering new life-sustaining therapies.

Key words - ICU, Respiratory Failure, Medical Futility

LISTA DE ABREVIATURAS

AIC	- Critérios de Informação de Akaike
ANOVA	- Análise de Variância
APACHE	- Sistema de Avaliação Fisiológica de Doenças Agudas e Crônicas
APA	- APACHE
C	- Custos
Curva ROC	- Curva de Características Operacionais
E.U.A.	- Estados Unidos da América
IBRANUTRI	- Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional
ID	- Índice de Direito
MLG	- Modelos Lineares Generalizados
NPT	- Nutrição Parenteral Total
P	- Probabilidade de resultados positivos
p	- probabilidade
PaO ₂	- Pressão parcial de oxigênio arterial
PUCRS	- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Q	- Qualidade de vida
S	- Sensibilidade
T	- Tempo
UNICAMP	- Sistema de Avaliação Prognóstica da Universidade de Campinas
UNIC	- UNICAMP
UTI	- Unidade de Tratamento Intensivo
1 – E	- Especificidade

LISTA DE TABELAS

1 - Distribuição demográfica da população em estudo-----	108
2 - Distribuição da amostra de acordo com o desfecho-----	109
3 - Distribuição da amostra de acordo com o tempo médio de internação na UTI-----	110
4 - Distribuição das terapias mantenedoras da vida de acordo com o momento da sua oferta e com o desfecho-----	113
5 - Ajustes estatísticos pelo <i>Deviance</i> e AIC para os índices APACHE II e UNICAMP II-----	117
6 - Descrição dos índices prognósticos para os pacientes que permaneceram menos de sete dias internados na UTI-----	118
7 - Descrição dos índices prognósticos referentes a diferença do sétimo em relação ao primeiro dia para os pacientes que permaneceram sete ou mais dias internados na UTI-----	118
8 - Valores de AIC comparativos para os diferentes modelos de evolução prognóstica-----	119
9 - Comparação entre os valores de AIC para os diferentes níveis de evolução prognóstica-----	119
10 - Modelos de ajuste estatístico para o valor π para os sistemas APACHE II e UNICAMP II-----	120
11 - Probabilidade de morte individual π para os pacientes que permaneceram por sete ou mais dias internados na UTI-----	121
12 - Valores de Sensibilidade e Especificidade referentes à figura 9-----	123
13 - Valores de Sensibilidade e Especificidade referentes à figura 10-----	124

LISTA DE FIGURAS

1 - Frequência da oferta de terapias mantenedoras da vida antes e depois do sétimo dia de internação na UTI -----	113
2 - Médias de UNICAMP II de acordo com o desfecho -----	114
3 - Relação entre as medidas de risco de óbito aferidas pelo sistema APACHE II e UNICAMP II no primeiro dia -----	115
4 - Relação entre as medidas de risco de óbito aferidas pelo sistema APACHE II e UNICAMP II no terceiro dia -----	115
5 - Relação entre as medidas de risco de óbito aferidas pelo sistema APACHE II e UNICAMP II no quinto dia -----	116
6 - Relação entre as medidas de risco de óbito aferidas pelo sistema APACHE II e UNICAMP II no sétimo dia -----	116
7 - Curvas estimadas de probabilidade de óbito π em função do índice prognóstico quando a diferença em relação ao sétimo dia é zero -----	122
8 - Apresenta as curvas estimadas de probabilidade de óbito π para o índice UNICAMP II em função da estimativa no 1º dia (eixo x) e para os diferentes valores da variável de evolução prognóstica -----	122
9 - Apresenta as curvas ROC obtidas para os modelos que ajustam probabilidade de óbito apenas em função do índice prognóstico -----	123
10 - Apresenta as curvas ROC obtidas para modelos que ajustam probabilidade de óbito em função do índice UNICAMP II juntamente com os valores do índice prognóstico utilizado como limite mínimo para classificar o paciente como possível óbito -----	124

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	14
2. BIOÉTICA CLÍNICA: CIÊNCIA E HUMANIDADE	17
2.1 Introdução	17
2.2 Bioética: reflexão histórica, conceitos e significados	21
2.3 Bases para as discussões bioéticas	29
2.4 Conclusão	34
Referências	35
3. A MORTE NO CONTEXTO DA MEDICINA INTENSIVA	39
3.1 Introdução	39
3.2 Morte e sua relação com a história	43
3.3 Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia	49
3.4 Ordens de não-reanimação	56
3.5 Dignidade, indignidade da morte	64
3.6 Conclusão	71
Referências	72
4. O CONFLITO DA FUTILIDADE TERAPÊUTICA	77
4.1 Introdução	77
4.2 O que é um tratamento fútil em medicina?	84
4.3 Limitar ou não ofertar e suspender terapias mantenedoras da vida: existem diferenças éticas entre elas?	88
4.4 Conclusão	91
Referências	93

5. FUTILIDADE TERAPÊUTICA E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA:	
ANÁLISE DE UM ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVO -----	96
5.1 Introdução-----	96
5.2 Objetivos-----	101
5.3 Método-----	102
5.4 Análise Estatística-----	104
5.5 Resultados-----	107
5.6 Discussão-----	125
5.7 Conclusão-----	134
Referências-----	136
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	139

ANEXOS

Ata de aprovação do projeto pela Comissão Científica-----	A1
Ata de aprovação do projeto pela Comissão de Ética em Pesquisa-----	A2
Termo de Consentimento Informado-----	A3
Instrumento para coleta de dados-----	A4

1 APRESENTAÇÃO

No universo da medicina e, particularmente, no ambiente da medicina intensiva, existem vários temas geradores de intensos debates e conflitos. Nos dias atuais, tem crescido a questão da morte e do processo de morrer. São constatados, na prática médica diária, muitos exemplos de casos de pacientes em estado crítico de saúde, submetidos a diferentes formas de terapias intensivas e agressivas na tentativa de obter bons resultados. Quando o prognóstico se revela obscuro, como muitas vezes acontece, trocar o curso da ação passa a ser uma tarefa difícil para o médico intensivista.

As tomadas de decisão nesse nível são situações eticamente complexas, pois envolvem não só preferências dos pacientes, mas circunstâncias clínicas nas quais se encontram, assim como as preferências pessoais do médico ou da equipe prestadora de assistência.

Nosso estudo procura abordar esse tema tão complexo referente ao final de vida, no ambiente da terapia intensiva, na tentativa de buscar respostas às perguntas como: onde está o limite da intervenção sobre o ser humano, no contexto da UTI, para pacientes que apresentam insuficiência respiratória? Quando e qual deveria ser o ponto de partida para o início das discussões sobre futilidade terapêutica?

Com base nessas questões norteadoras, dividimos o trabalho em duas partes: a primeira, com três capítulos, discorre aspectos teóricos relacionados ao tema e a segunda aborda uma pesquisa realizada na UTI geral de um hospital universitário.

Iniciamos o primeiro capítulo do nosso trabalho abordando aspectos referentes à concepção de a medicina não ser somente uma ciência mas também uma arte. Diante das transformações tecnológicas operadas nos cuidados com a saúde, enfocamos a bioética como uma reflexão necessária para guiar caminhos na busca de assistência mais humanizada aos pacientes, pela equipe e pelo médico no ambiente de UTI.

A consciência de estar a chamada tecnociência inserida como uma das principais referências para a tomada de decisão no contexto dos cuidados com a saúde, fez-nos refletir logo em seguida sobre a questão da morte.

O segundo capítulo do trabalho procura buscar o entendimento da sociedade ao longo da história sobre a representação da morte e do processo de morrer. Também dentro desse contexto discutimos as questões referentes à eutanásia, ortotanásia, distanásia, ordens de não-reanimação e suas relações com os princípios bioéticos: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Finalizando o segundo momento do trabalho, procuramos fundamentar o entendimento sobre a dignidade do ser humano e indignidade da morte e do processo de morrer.

O terceiro capítulo de nosso estudo aprofunda a questão do conflito em torno da futilidade terapêutica. Sentimos essa necessidade a partir do conceito da existência de um referencial cada vez maior da tecnociência para as tomadas de decisões e sua íntima relação com a indignidade do processo de morrer. Nesse instante, coube-nos buscar definições sobre o significado do tratamento fútil em medicina para, então, discutir a existência ou não de diferenças éticas entre não ofertar e suspender terapias mantenedoras da vida no ambiente de UTI.

A seguir, apresentamos um estudo prospectivo de coorte, realizado na Unidade de Cuidados Intensivos (UTI) do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, com o objetivo de encontrar respostas às indagações iniciais.

A partir do embasamento teórico em torno da questão, abordada, neste trabalho, em momentos anteriores e corroborados com a investigação realizada, procuramos responder à pergunta: onde está o limite da intervenção sobre o ser humano, no contexto da insuficiência respiratória, no ambiente de UTI, no sentido da não-oferta de novas terapias mantenedoras da vida?

Concluimos o trabalho apresentando considerações finais. Nesse momento, procuramos enfatizar nosso entendimento, da forma mais sucinta, em relação à futilidade terapêutica, em nível de medicina intensiva, bem como abrir novas perspectivas para investigações futuras.

2 BIOÉTICA CLÍNICA: CIÊNCIA E HUMANIDADE

2.1 Introdução

A medicina pode ser considerada não só uma ciência mas também uma arte e, por isso, não deve ser descrita unicamente por seu desempenho clínico. Ela é uma ciência aplicada que requer uma doutrina empírica padrão. É um modo de questionar o objetivo para o qual o conhecimento e a verdade são produzidos. Deve proporcionar não somente explicações do conhecimento já adquirido, mas também exige avançar na construção de novas competências. A prática da medicina exige elaborar julgamentos de valor em situações particulares nas quais eles, não podem ser completamente explicados só a partir da garantia da ciência, faz-se necessário estarem assentados sobre bases sólidas da ética.

Assim a ciência médica e a arte têm a curiosidade como ponto em comum e buscam um profundo entendimento do homem na tentativa de esclarecer, por muitos caminhos, a natureza da vida humana. Identificá-la puramente como ciência e distanciá-la da arte, diferenciando uma da outra, não tem sentido. A sensibilidade artística e o conhecimento científico são forças que, juntas, estão presentes na imaginação do médico e visam a compreender, da maneira mais completa, tanto o lado biológico quanto o humano da própria medicina.

A predição e o controle dos resultados por meio da precisão matemática têm sido atraentes para a prática da medicina. Contudo, ela não terá êxito futuro unicamente com a precisão matemática, visto, esta não solucionar todos

os problemas. Fatores abstratos, não-mensuráveis sob o ponto de vista matemático, podem contribuir tanto para a saúde quanto para a doença. Questões sobre identidades passadas, atuais e futuras, medos e vergonhas, esperanças e aspirações, vulnerabilidade e personalidade, individualidade, desconforto e sofrimento, necessidades, obrigações e valores não podem ser explicados pela matematização. Para compreender o lado humano da ciência médica, é necessária a sensibilidade artística. Desse modo, medicina e arte andam juntas e não deveriam ser consideradas partes separadas da ciência médica (1).

Em medicina, fala-se em patologia e clínica. À patologia, um saber científico, universal, cabe a certeza; já para a clínica, um saber prático, particular, não há certeza do possível, somente a probabilidade. Desse modo, afirma-se ser a clínica uma arte, pois é um saber provável, opinável e a ela cabem os paradoxos. No saber particular, encontram-se sempre duas dimensões: uma que observa o ato enquanto ação, realizada por um sujeito enfocando a dimensão moral ou de prudência e outra enfocando o ato enquanto produção, uma dimensão técnica ou artística (2).

No processo de aprendizagem da medicina, os médicos desenvolvem a capacidade de refletir à luz das diversas evidências científicas, aplicando-as ao contexto clínico particular. A arte da medicina é parte integrante da cultura da medicina bem como da ciência aplicada. A característica principal, diferenciadora da técnica médica, é sua capacidade de atender as experiências vividas dos pacientes na medida em que o conhecimento científico possa contribuir para a restauração do bem-estar do ser humano (3).

Antes do século IX, a compreensão do homem e a da natureza eram consideradas coisas diferentes. Os praticantes da medicina pré-moderna acreditavam na profunda harmonia do universo e na natureza ter sido feita para deixar o homem saudável. Tudo era visível para aqueles aptos a interpretar os sinais e sintomas corretamente.

A medicina moderna surgiu a partir de 1816 com a invenção do estetoscópio, provavelmente, o evento mais importante e ilustrativo do processo de sua transformação. A partir dele, os médicos começaram a usar a tecnologia para investigar o interior dos corpos de pacientes vivos. O desenvolvimento do estetoscópio foi acompanhado por uma alteração de perspectiva em relação às doenças.

A medicina dos dias atuais está impregnada com a tecnologia desenvolvida e em desenvolvimento. Muitos diagnósticos, outrora resultados da interação médico-paciente, hoje são realizados por uma simples imagem. Atualmente a tecnologia médica está onipresente, sua importância é tão fundamental na prática médica e seus efeitos adversos são tão óbvios que se faz necessário o surgimento de uma verdadeira indústria intelectual, com o objetivo de criticar a nova forma de praticar a medicina embasada somente na tecnologia.

Durante as últimas décadas, conquistou-se uma inquestionável expansão do conhecimento médico, porém, acompanhado por um simultâneo crescimento do desespero e da insatisfação do ser humano. A história da medicina moderna é paradoxal, triunfo e desespero estão em estreita relação. O sucesso da tecnologia médica tem guiado para uma inevitável descrença dos nossos próprios sentidos. Hoje, conhecemos mais sobre as doenças do que

ontem, mas cada dia o conhecimento é desvalorizado e estamos perdendo a confiança nesse modelo de precisão e verdade. Os sentidos de precisão ou verdade estão sendo priorizados em detrimento de valores básicos como cuidado, compaixão e solidariedade que proporcionam à medicina diretrizes e legitimação (4).

A tecnologia tem influenciado, por diferentes vias, os cuidados com a saúde bem como a formulação do conceito de doença. É indiscutível que, por meio da tecnologia, têm-se erradicado doenças, reduzido a prevalência de outras e melhorado a saúde do ser humano. Porém, o desenvolvimento tecnológico altera o ambiente físico e social da humanidade, criando novas doenças. Pela tecnologia, estas se tornam independentes da experiência subjetiva das pessoas. A industrialização da ciência médica endossa novas proporções de entidades nosológicas, as chamadas doenças assintomáticas.

A adição desse papel essencial da tecnologia na formação do conhecimento médico constitui forte influência prognóstica na concepção da enfermidade. O conceito de doença é definido por seu uso e o uso do termo doença é constituído pela aplicação de análises químicas e histopatológicas; imagens radiológicas de diferentes níveis de complexidade; sinais elétricos cardíacos, musculares e cerebrais entre tantas outras formas tecnológicas aplicadas na medicina. Assim, o conceito de doença não somente é construído por seu conteúdo e conhecimento médico mas também pela aplicação tecnológica na própria prática médica.

A crença geral na medicina tecnológica realça seu “status” e fortifica sua posição paradigmática. Ela tem-se tornado o critério para a demarcação da medicina real e da verdadeira moléstia. A mensuração do que é bom ou ruim,

o que é para ser tratado ou não, o que é doença e o que não é, pode-se chamar de invenção tecnológica da doença.

O reconhecimento de a tecnologia estar-se constituindo em conceito básico de medicina torna-se fundamental para o entendimento dos desafios cruciais que a medicina moderna tem de enfrentar no século XXI em relação a: medicalização, somatização, paternalismo e autonomia do paciente. A concepção mecânica da doença contribui para a prática médica paternalista reduzindo, assim, o papel da autonomia do paciente e desumanizando a medicina (5).

A tecnologia é uma ferramenta valorosa na busca dos fins normativos, mas ela não tem fim em si mesma. Pode informar e ajudar no processo de deliberação, porém ela nunca deverá ser uma substituta do julgamento humano. A ciência é essencial para a medicina, contudo a medicina não pode simplesmente ser identificada como ciência pura e tampouco somente como ciência aplicada. A arte da medicina é essencialmente composta por habilidades clínicas de escutar e pelo exercício contínuo da defesa do indivíduo no referente à sua saúde física, psicológica, social e espiritual.

2.2 Bioética: reflexão histórica, conceitos e significados

A partir da década de 1970, Van Rensselaer Potter, farmacólogo-oncologista e André Hellegers, médico obstetra, ajudam a Bioética a nascer como uma nova ciência relacionada à área biomédica. Inicialmente, Potter referiu-se à bioética em um sentido ambiental e evolucionista, aspirando à criação de um meio ambiente ótimo para, dentro dele, o ser humano poder adaptar-se e

desenvolver-se. Para isto, seria utilizada a combinação dos conhecimentos biológicos e sistemas de valores humanos. Foi a partir de André Helleger, na Universidade de Georgetown, nos Estados Unidos da América do Norte (E.U.A.), que a palavra “bioética” foi utilizada pela primeira vez como um novo campo de pesquisa da ética biomédica. André Helleger promoveu um diálogo multidisciplinar em torno do tema, aproximando vários profissionais, entre eles figurando filósofos, teólogos, biólogos e médicos.

Em 1971, sob a direção de André Helleger, foi criado no Instituto Kennedy, na Universidade de Georgetown em Washington D.C., o primeiro centro universitário dos Estados Unidos dedicado ao estudo da bioética. Com a sua difusão, surgiu, em 1989, na Universidade Complutense de Madri, na Espanha, o primeiro mestrado europeu em bioética sob a coordenação do Dr. Diego Gracia. Atualmente, existem vários centros de estudos dedicados a ela, espalhados pelos continentes americano, europeu, africano e asiático.

A palavra “bioética” é um neologismo dos vacábulos gregos bios (vida) e éthos (ética), definida em 1978 por Warren Thomas Reich, editor chefe da enciclopédia de bioética. Para o autor, bioética é “ *O estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e cuidados com a saúde enquanto esta conduta é avaliada à luz dos valores e princípios morais*” (6). Pode-se verificar, nesse conceito, a existência de alguns elementos de grande importância na aplicação dessa nova ciência: conduta humana, saúde, valor e moral.

Estudar a conduta humana significa dizer que estamos falando de ética. A ética procura definir quais ações são corretas e quais são incorretas em uma circunstância particular, principalmente quando a resposta não é óbvia. “*Ética é*

o estudo da conduta humana na medida em que ela pode ser chamada de boa ou má” (7). Apresenta diversas dimensões de análise com várias ramificações. De modo geral pode-se dividi-la em descritiva e normativa. A ética descritiva se biparte descritiva e analítica. A primeira investiga o discurso ético, princípios máximos e valores que constituem a ética normativa. A segunda investiga os fundamentos teórico-científicos da ética, explica seus conceitos e expressões fundamentais. Já a ética normativa se bifurca em ética geral e aplicada. A normativa geral faz abstração da realidade e procura estabelecer normas de conduta amplamente válidas. A normativa aplicada destina-se aos problemas práticos e concretos. Ordena como devemos agir em relação aos demais membros da sociedade (8). Quando associamos o elemento conduta humana, sob a análise da ética aplicada, com o elemento saúde, em relação aos avanços da medicina, biologia e biotecnologia, estamos diante da bioética.

Um outro elemento importante, no conceito de bioética é a palavra “valor”. Por valor entende-se qualquer coisa material ou imaterial que possa ser objeto de preferência ou escolha. É a crença, perpetuada ao longo do tempo, em um paradigma específico de conduta, pessoal ou socialmente aceito e alicerçado em uma conduta pré-existente (9). Assim sendo, a bioética analisa a conduta humana na área da saúde sob a visão dos valores de cada ser humano ou sociedade.

Por fim, verifica-se a existência do elemento moral. Significa dizer que a conduta humana sempre é avaliada por alguém de forma negativa ou positiva, se nela existir maldade ou bondade. Moral é, então, um conjunto de costumes, um sistema de valores considerados corretos para uma determinada sociedade dos quais resultam as normas. Portanto, quando se fala em bioética, significa

dizer que estamos estudando a conduta humana na área das ciências da saúde, com base nos valores e princípios morais de cada sociedade e com o objetivo de que esta conduta vá ao encontro da plenitude da pessoa humana.

Fala-se em pessoa ou conduta antiética. Porém, ninguém é “contra a ética”. As pessoas têm ou não atitudes eticamente corretas ou incorretas. Ética é a discussão sobre o bom e o ruim, sendo o bom tudo aquilo que visar à plenitude da pessoa humana (7).

Interessante seria diferenciar uma posição ética de uma posição legal. Uma posição eticamente correta é uma posição real, enquanto uma posição legalmente correta é uma posição formal. A primeira é, ao mesmo tempo, legalmente aceitável. Porém, uma posição legalmente aceitável não significa necessariamente uma posição eticamente correta. A lei nos proporciona, em relação aos direitos humanos, de maneira uniforme, a mínima proteção. Já a ética nos enseja a máxima proteção individual.

Ao elaborarmos um consentimento informado com vistas a um procedimento médico, por exemplo, deveríamos fornecer as informações adequadas, em nível da formação de quem as recebe, para a pessoa poder compreendê-las e dar o seu consentimento. Temos, nesse momento, uma questão real dirigida à dignidade da pessoa humana. Quando documentamos esse consentimento, transformamo-lo em uma questão formal, expressando os aspectos médico-legais. Sempre é possível encontrarmos soluções técnicas aceitáveis para a documentação de um consentimento - um aspecto formal. Porém, nem sempre é possível encontrarmos soluções eticamente corretas - aspecto real - para o fornecimento dessa informação e a conseqüente emissão

do consentimento. Tipicamente, pode-se verificar esse fato quando se lida com pessoas vulneráveis (10, 11).

Medicina e ética dividem a mesma metodologia e muito provavelmente, a metodologia ética tem suas origens na metodologia clínica, mais especificamente, na metodologia clínica hipocrática. Na posição hipocrática, tem-se a visão de o médico ser um funcionário a serviço da arte ou da natureza, estando a arte constituída de três partes: a doença, o paciente e o médico. A doença é considerada o inimigo, alguma coisa para ser combatida pelo paciente em conjunto com o médico. O médico, em relação à doença, é persuadido a fazer o bem ou pelo menos não causar dano. No juramento hipocrático, o médico promete não ofertar a ninguém remédio mortal ou qualquer tipo de conselho que o induza à destruição (12).

A partir de Aristóteles, conhece-se a lógica da razão prática. Aristóteles não somente pensa em ética e política, ele também põe, à sua frente, a tecnologia, especialmente aquela que, em sua época, tornou-se paradigmática: a técnica médica. As teorias da deliberação, sabedoria prática, ponto intermediário, prováveis razões, tomada de decisões em situações incertas são aplicadas para a medicina e para a ética em um mesmo sentido.

A deliberação e a sabedoria prática são duas condições básicas para a razão prática; a demonstração e a certeza são o mesmo para as razões teóricas. Entre os antigos, o modelo de exemplo para a razão teórica foi a matemática. Em contrapartida, a razão prática esteve preocupada com a ética, a política e a técnica em geral. Pode-se entender, então, que a medicina clínica e a ética têm dividido a mesma lógica durante toda a sua história, utilizando um tipo similar de razão. Duas características principais são verificadas:

deliberação e sabedoria prática comparadas à demonstração e à ciência. Não se espera que as decisões clínicas estejam absolutamente corretas nem necessitem de retificações futuras. Sempre é possível que dois sábios e experientes profissionais, deliberando sobre o mesmo caso, alcancem diferentes diagnósticos, prognósticos e decisões terapêuticas. Admite-se assim, sempre existir mais de uma solução e isto é o que há de maior em medicina. Uma ou mais decisões podem ser alcançadas em um mesmo evento, todas procedentes e não somente diferentes mas mesmo opostas. Essas são características da medicina clínica e também da ética (13).

Entramos no século XXI herdando inúmeras conquistas e enormes problemas a serem resolvidos. O homem e a mulher deste novo século encontram-se em uma situação altamente problemática. Perguntam se a ciência surgiu para o homem e para a mulher ou o homem e a mulher para a ciência. Tem-se a certeza da necessidade de caminhar para a construção de um sentido.

O homem e a mulher do século XXI estão-se relacionando com a ciência com se estivessem dentro de um quarto escuro. Não sabem mais quais são e onde estão os limites da intervenção sobre o homem, não enxergam onde estão as paredes. Perguntam-se, por exemplo, se esses limites existem. O ser humano que teve e sempre terá a ambição de avançar, deverá fazê-lo com cuidado, sem fantasias quanto à posição das paredes, para o embate contra elas ser atenuado. Existem aqueles que preferem superar o embate contra as paredes explodindo-as. Para esses, não existirão mais limites.

Podemos erguer um edifício lindo, alto, vistoso, com um parque bonito a sua volta e fotografá-lo em um dia de sol para, posteriormente, mostrá-lo à

sociedade, causando admiração. Esse é o edifício da nossa ciência. De repente, ao final da construção, deparamos, lá no alto, com uma rachadura: ela tira a beleza do nosso prédio e apesar de nossos esforços, não conseguimos consertá-la. Citamos inúmeras causas para justificar o defeito: o clima não ajudou; material insuficiente para um melhor acabamento; qualidade do material inadequada; falta de sorte ou de recursos etc... Mas, ao verificar com cuidado a construção, damos-nos conta de ser necessário para levantar um edifício tão alto, que ele esteja assentado sobre um alicerce firme e tão profundo quanto a sua altura. Descobrimos ter aquela rachadura sua origem em uma infiltração no alicerce, ocasionada pela presença de um lençol freático. Damos-nos conta, então, que para podermos estruturar as maravilhas da nossa ciência precisamos, antes, estar alicerçados, com base sólida, em valores e princípios morais de nossa sociedade. Assim, teremos a certeza de a ciência caminhar para o benefício e a plenitude do ser humano e não ao contrário.

A ciência biomédica no século XXI necessita da orientação de princípios de caráter moral e legal, para atingir o completo bem-estar do ser humano. Perguntamos se é a ciência que define os limites do que se pode ou não fazer. Certamente a resposta é não. A ciência não responderá a tal questão. Para ela, cabe apenas oferecer subsídios, a fim de cada pessoa, através de uma reflexão ética, dar sua própria solução a cada dilema, interagir com o pensar ético de sua comunidade, contrabalançando valores em conflito.

A bioética surge para indicar caminhos, refletir e dar sentido às metas já estabelecidas pela medicina: restaurar a saúde; aliviar sintomas incluindo estresse físico e psicológico; restaurar a função de um órgão ou manter a função já comprometida; salvar ou prolongar a vida; educar e aconselhar os

pacientes, considerando suas condições e prognóstico. A bioética não veio para punir, mas para buscar, de forma multidisciplinar, um melhor entendimento do ser humano nos seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, evitando causar-lhe danos no curso de seu cuidado. Apresenta-se como um desafio feito pelo homem a si próprio, quanto à capacidade de programar o seu futuro e o das próximas gerações, tanto do ponto de vista tecnológico quanto ético (14).

A bioética integraliza a ética prática. Nasce a partir dos avanços das ciências biomédicas relacionadas à saúde humana. Três elementos constituem os pilares da bioética: ciência, lei e ética. Temos uma ação que, para ser efetivada, necessita embasar-se em um amplo conhecimento técnico-científico. Verificamos aí o grande papel da ciência como uma das bases da bioética. Amparada no conhecimento adquirido, faz-se necessária a existência de leis que permitam a sua aplicação. Demonstra-se, então, outro pilar importante da bioética: a legislação. Por último, fundamentando-se no conhecimento adquirido e na legalidade estabelecida da ação, é preciso evidenciar-se uma justificativa para realizá-la. Tão importante quanto os outros pilares mostra-se o terceiro: a ética. Nem tudo o que sabemos, podemos fazer. Nem tudo o que podemos, sabemos fazer. Nem tudo o que sabemos e podemos, devemos fazer. Não existe posição hierárquica entre os três pilares, eles se complementam para buscar o bem maior para o ser humano: a vida em plenitude.

Entre os principais temas abordados pela bioética pode-se citar o fim da vida humana bem como o limite da intervenção sobre o ser humano. Existem

vários modelos de análise bioética e, em nos nossos dias figura o modelo principialista como o mais freqüentemente utilizado na prática clínica (15).

2.3 Bases para as discussões bioéticas

Apesar de existirem muitos métodos para o raciocínio sobre como buscar sugestões para a resolução dos dilemas éticos, tem-se a consciência de não existir um único sistema de resposta para todas as questões a todo instante.

O modelo principialista proposto por Beauchamp e Childress tem sido, mais comumente, utilizado para a resolução dos problemas relativos à ética biomédica. Ele enfoca quatro princípios: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Nenhum deles tem posição hierárquica sobre os outros. A situação em causa é que determinará aquele com preferência.

O princípio da beneficência tem suas bases alicerçadas no juramento hipocrático. Ele requer que nossas ações objetivem a criação de um bem ou resultem em benefício à pessoa humana. Significa o dever de maximizar os benefícios e minimizar os danos. É a manifestação da benevolência, um impulso de fazer o bem ao outro. O ato médico tem, como fim prioritário, o bem do doente. Contudo, pode não ser fácil decidir sobre o que é o bem. Quais parâmetros serão utilizados para defini-lo? Quem deve decidir o que é bem em situações de conflito? O princípio da beneficência nos diz não ser o bem do paciente exclusivamente físico. Assim, o bem biomédico é um instrumento válido para o paciente realizar o bem que somente ele pode julgar como bem total (16).

O princípio da não-maleficência ressalta nossa obrigação moral de não infligir um dano intencional. Significa dizer que se não podemos ajudar, pelo menos não devemos causar danos. Ele difere do princípio da beneficência por referir-se a uma abstenção, enquanto o da beneficência reporta-se a uma ação. O princípio da não-maleficência não é absoluto. Não temos a obrigação de livrar as pessoas de um dano quando esse é inerente à situação em causa. Porém, em primeira instância, nossa ação deve evitar todo o dano previsível se houver possibilidade (17).

O princípio da autonomia significa reconhecer a capacidade do paciente de deliberar sobre seus objetivos pessoais e atuar no sentido de sua deliberação. Respeitar a autonomia é dar valor às suas opiniões e decisões abstendo-se de obstruir suas ações, a menos que estas produzam prejuízo a outros. As condições básicas para uma pessoa poder atuar de forma autônoma são: agir intencionalmente, sem restrições ou influências externas ou internas que possam determinar o controle de sua ação e compreender plenamente o seu significado. Esse é o princípio regulador das instâncias éticas expressas pelo paciente que, em virtude de sua dignidade, tem o direito de decidir autonomamente se deve aceitar ou recusar o que se pretende fazer nele, tanto em relação ao diagnóstico quanto à terapêutica (18, 19).

O princípio da justiça nos diz que devemos dar a cada um segundo as suas necessidades e exigir de cada um segundo suas capacidades. Significa uma distribuição eqüitativa dos direitos, benefícios, responsabilidades ou danos entre os membros da sociedade. Muitas vezes, torna-se difícil de ser aplicado devido a percepções religiosas, filosóficas e políticas. O justo e razoável varia de forma ampla, dependendo da linha de percepção atribuída à situação em

causa. Do ponto de vista biomédico, o princípio da justiça é defendido no sentido de casos iguais requererem tratamentos iguais. Não podem ser justificadas discriminações em relação à assistência, baseadas em critérios econômicos, sociais, raciais ou religiosos (20).

Os princípios bioéticos básicos citados expressam a busca da proteção da pessoa humana, como uma diretriz para a prática atual da medicina e o seu futuro. Aplicados nas diferentes áreas da medicina, atualmente são parte integrante da prática médica dentro das instituições de saúde. Contudo, não é o único modelo teórico de análise da bioética. No âmbito da biomedicina devem-se considerar algumas teorias morais desenvolvidas por eticistas para a tomada de decisão em diferentes situações. Entre os modelos mais enfocados estão o utilitarismo, a ética baseada no direito, a ética das virtudes e a deontologia.

O modelo utilitarista diz-nos que uma ação é correta quando procura maximizar a própria utilidade, contrabalançando prazer e dor como resultado dessa ação. Tipicamente, o utilitarismo enfatiza os cálculos do custo-benefício. Significa prever o maior bem para o maior número de pessoas (21, 22).

A ética baseada no direito reporta-se a uma questão primária: o destino para o qual se é intitulado. Não tem seu foco nas conseqüências da ação e sim, no direito conferido. A desvantagem é definir em que base o direito é conferido e quem confere esse direito (15).

A ética das virtudes enfatiza que uma ação virtuosa é desempenhada por uma pessoa virtuosa, com treinamento apropriado para praticar aquela ação. No caso, o foco de visão é a pessoa desempenhando uma ação e o caráter dessa pessoa. O modelo não enfatiza o resultado da ação nem o

direito. Ocorre a desvantagem de não fomentar a geração de princípios gerais como diretrizes para ações futuras (23).

A deontologia afirma haver várias obrigações distintas. Certos tipos de ações são propriamente corretas e outras erradas. Refere-se ao comportamento considerado aceitável quando alguém mais no mundo se comportou da mesma maneira. Significa dizer que não deveríamos praticar um ato considerado ruim para os outros, se não quiséssemos que este ato fosse praticado para nós mesmos (24, 25).

Todos esses métodos de avaliação ética apresentam problemas quando utilizados isoladamente. Devemos ter a convicção de todos eles serem caminhos diferentes com o objetivo comum de alcançar o benefício do ser humano e da sociedade (26).

Outros princípios básicos que visam a estruturar as discussões éticas da biomedicina são o entendimento de dignidade, integridade e vulnerabilidade. A primeira tem valor intrínseco sendo a base para a construção da moralidade nas relações humanas. Expressa a posição notável do homem no universo e sua responsabilidade moral, como pessoa, de criar seu próprio destino. Refere-se à inviolabilidade da vida humana individual, podendo estabelecer restrições ao intervir-se no ser humano em situação de tabu. Tem um conceito intersubjetivo pelo qual o ser humano deve ser considerado sem preço e inapto para comercializar-se (27, 28).

A integridade refere-se à totalidade da vida que não se deve destruir. É a coerência que, em certo sentido, não deve ser tocada como, por exemplo, a história de vida de uma pessoa ou da cultura do ser humano. A integridade está fundamentada em quatro aspectos: uma totalidade narrativa; a esfera

pessoal da autodeterminação; uma virtude de um caráter incorruptível e uma noção legal expressando a coerência moral do sistema médico e legal. Em medicina, ela é indispensável para a confiança entre o médico e o paciente. Assim, haveria uma ligação estreita entre o respeito pela identidade e pela integridade, nas quais a narrativa pessoal expressa o contexto da vida do indivíduo. O respeito pela integridade é o reconhecimento do direito à privacidade e se constitui em uma virtude do sistema médico-legal (29).

A vulnerabilidade expressa a característica universal da condição humana. Significa procurar encontrar o balanço correto entre a lógica da luta pela imortalidade e a finitude, que é a presença terrestre do sofrimento humano. O respeito pela vulnerabilidade é uma fundamentação essencial no tratamento da pessoa humana; restabelece o balanço natural do corpo humano e organismo, ou seja, corpo objeto e corpo vivo (30, 31).

Assim, qualquer tomada de decisão precisa ser um ato voluntário, deliberado, preparatório de uma ação. Está inserida em um conjunto complexo de elementos já citados, o qual irá dar argumento à decisão a ser tomada. Todo progresso técnico-científico deveria estar equilibrado pelo objetivo da conquista interior do ser humano, conduzindo-o até o domínio cada vez maior de si mesmo. Nos dias atuais, perde-se tanto mais consciência da realidade íntima e profunda do homem, quanto mais dependente se é de todos os mecanismos da tecnociência cujo funcionamento assegure uma vida material tolerável. Necessita-se considerar o princípio ético básico de qualquer ação, em si mesma ilícita na origem, não admitir ser considerada permissível, quando o objetivo e a ordenação têm um fim lícito. Os fins não justificam os meios. Se

a ação já possui índole de fim, qualquer outro fim a que ela se subordine converte-se em uma arbitrariedade (32).

2.4 Conclusão

A bioética não é apenas um novo termo em moda: ela é uma nova perspectiva, uma área de troca de saberes reflexiva às grandes mudanças efetuadas nas últimas décadas, na área da biologia e da medicina. A bioética não tem por objetivo punir, mas apontar caminhos, não se preocupa somente com os temas clássicos da moral e da ética médica, mas abarca a ética médica e não se limita a ela. Preocupa-se com a ética em relação à vida como um todo. A bioética clínica combina o conhecimento técnico-científico das ciências biomédicas com o conhecimento filosófico. Ela surge para resgatar os aspectos humanos da arte da medicina, muitas vezes esquecidos pelo desenvolvimento tecnológico. Pela reflexão bioética, o homem e a mulher do século XXI poderão caminhar para o desenvolvimento da ciência biomédica no sentido de exaltar o ser humano e não ao contrário, tornando-o um objeto.

Referências

1. Herman J. Medicine: the science and the art. *Med Humanit* 2001;27:42 - 6.
2. Gracia D. Medicina basada en la evidencia: aspectos éticos. *Bioética* 2000;8(1):79 - 87.
3. Warsop A. Art, science, and the existential focus of clinical medicine. *Med Humanit* 2002;28:74 - 77.
4. Fredriksen S. Diseases are invisible. *Med Humanit* 2002;28:71 - 73.
5. Hofmann B. The technological invention of disease. *Journal Medical Ethics - Medical Humanities* 2001;27:10 - 19.
6. Reich WT. *Encyclopedia of Bioethics*. Rev ed. New York: Simon & Schuster Macmillan; 1995.
7. Clotet J. *Bioética: uma aproximação*. 1 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003.
8. Prudente MG. *Bioética: Conceitos Fundamentais*. 1a. ed. Porto Alegre: Do Autor; 2000.
9. Segre M, Cohen C. Definição De Valores, Moral, Eticidade e Ética. In: Segre M, Cohen C, editores. *Bioética*. 1 ed. São Paulo: EDUSP; 1995. p. 13 - 22.
10. Bignamini AA. El consentimiento de quien no puede consentir en la experimentación clínica: contradicciones entre la ética y la Buena Práctica Médica. *Medicina y Ética* 2002;4:321 - 39.

11. Clotet J, Goldim JR, Francisconi CF. Consentimento Informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil. 1a. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000.
12. Kaplan KJ, Schwartz MB. Hipocrates, Maimonides and the doctor's responsibility. *Omega* 2000;40(1):17 - 26.
13. Gracia D. Ethical case deliberation and decision making. *Med Health Care Philos* 2003;6:227 - 33.
14. Leone S, Privitera S. Bioética. In: Leone S, Privitera S, Cunha JTD, editores. *Dicionário de Bioética*. 1 ed. Aparecida: Santuário; 2001. p. 87 - 96.
15. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 4 ed. New York: Oxford University Press; 1994.
16. Junges JR. Princípios da Bioética. In: Junges JR, editor. *Bioética: perspectivas e desafios*. 1a. ed. São Leopoldo: UNISINOS; 1999. p. 39 - 70.
17. Amorim C. Princípio da Beneficência e da Não-Maleficência. In: Urban CdA, editor. *Bioética Clínica*. 1 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 11 - 4.
18. Diniz MH. Bioética e Biodireito. In: Diniz MH, editor. *O estado atual do biodireito*. 2a. ed. São Paulo: Saraiva; 2002. p. 1 - 19.
19. Pegoraro OA. O princípalismo: autonomia, beneficência e justiça. In: Pegoraro OA, editor. *Ética e Bioética: Da subsistência à existência*. 1a. ed. Petrópolis: VOZES; 2002. p. 98 - 107.
20. Gafo J. *Bioética Teológica*. 1 ed. Madri: Desclée de Brower SA; 2003.
21. Varga AC. *Problemas de Bioética*. Rev. ed. São Leopoldo: UNISINOS; 1998.
22. Vázquez AS. *Ética*. 24a. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2000.

23. Mappes TA, DeGrazia D. Alternative Directions and Methods. In: Mappes TA, DeGrazia D, editors. Biomedical Ethics. 5a. ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 28 - 37.
24. Corrêa JdA. Da Deontologia Médica à Bioética. In: Petroianu A, editor. Ética, Moral e Deontologia Médicas. 1a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 8 - 12.
25. Boyd KM, Higgs R, Pinching AJ. The New Dictionary of Medical Ethics. 1a. ed. London: Latimer Trend & Company; 1997.
26. Purchase IFH. Ethical issues for bioscientists in the new millennium. Toxicol Lett 2002;127:307 - 13.
27. Ardita MG. Dignidade Humana. In: Leone S, Privitera S, Cunha Jtd, editores. Dicionário de Bioética. 1a. ed. Aparecida: Santuário; 2001. p. 275 - 8.
28. Lepargneur H. Dignidade... Alma Secreta da Bioética? In: Garrafa V, Pessini L, editores. Bioética: Poder e Injustiça. 1a. ed. São Paulo: Loyola; 2003. p. 481 - 6.
29. Rendtorff JD. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability - Towards a foundation of bioethics and biolaw. Med Health Care Philos 2002;5:235 - 44.
30. Kottow MH. Comentários sobre Bioética, Vulnerabilidade e Proteção. In: Garrafa V, Pessini L, editores. Bioética: Poder e Injustiça. 1a. ed. São Paulo: Loyola; 2003. p. 71 - 78.
31. Sass H-M. Promover a Educação em Saúde para enfrentar a Doença e a Vulnerabilidade. In: Garrafa V, Pessini L, editores. Bioética: Poder e Injustiça. 1a. ed. São Paulo: Loyola; 2003. p. 79 - 85.

32. Santos UF. Principios Metodológicos De Las Decisiones Morales.
Cuadernos de Bioética 2001;3:321 - 8.

3 A MORTE NO CONTEXTO DA MEDICINA INTENSIVA

3.1 Introdução

É sempre difícil aceitar a idéia de tudo acabar. O anseio humano da eternidade projeta o homem e a mulher em um mundo de espírito que a razão nem sempre está disposta a aceitar. Fala-se em Fé, mas ela se revela uma chama tímida, continuamente ameaçada de apagar-se, ofuscada pelo brilho das luzes do progresso tecnológico, procurando reafirmar a confiança de pouco sabermos da vida e nada sabermos da morte.

Quando realmente um indivíduo morre? A angústia existencial do ser humano procura medir, pesar, quantificar tudo, reduzir qualquer fenômeno vital a uma fórmula matemática, a uma reação química, a potenciais elétricos e a seqüências físico-químicas. O que é a vida do ponto de vista químico, físico ou elétrico? O que ocorre com a morte? Nos dias atuais, um indivíduo morre quando cessa, de forma definitiva, toda e qualquer atividade elétrica cerebral.

Em uma época quando a morte tornou-se obscena, falar dela é, indubitavelmente, de extremo mau gosto. Em nossa cultura individualista, o homem e a mulher são condenados a morrerem sós e abandonados, em um ambiente que procura ser o mais asséptico possível, conectados a fios de sofisticadas aparelhagens, entre luzes de múltiplas cores, vigiados com o olhar frio dos especialistas. Isso faz o ser humano pensar o quanto, nos dias atuais, a morte tornou-se, por vezes, motivo de vergonha, devendo ser isolada. Antes ocorrendo no seio da família, hoje deve ser escondida e o cadáver eliminado o mais rápido possível (1).

Nas últimas décadas, a medicina adquiriu, de forma impressionante, habilidades para prolongar a vida. Tratamentos dialíticos para pacientes com insuficiência renal. Medidas de suporte avançado de vida visando à reanimação de enfermos com parada cardiorrespiratória. Ventilação mecânica para outros em insuficiência respiratória. Nutrição e hidratação através de sondas ou cateteres intravenosos para aqueles sem mais a capacidade de comer ou beber. Quando ocorre falência de algum órgão vital, pode-se recorrer a um transplante.

Embora esses e outros tratamentos utilizados para a manutenção da vida freqüentemente proporcionem grandes benefícios para os pacientes, ao restaurar ou prolongar suas funções vitais, eles também têm a capacidade de prolongar a vida dos pacientes além do ponto desejado pelos próprios doentes ou, então, por eles entendido como benéfico para si mesmos (2).

Os avanços da medicina vigentes no século XXI, herdados do século XX, fazem a ciência médica eliminar algumas causas tradicionais da morte precoce e colaborar para o aumento da vida média global da população. No Brasil, estima-se que, se mantidas as condições atuais, nos próximos trinta anos, oitenta e cinco por cento (85 %) dos cidadãos brasileiros viverão em áreas urbanas, e doze por cento (12 %) terão mais de 60 anos. Além de causas externas, as neoplasias e as doenças cardiovasculares serão responsáveis por setenta e cinco por cento (75 %) dos óbitos (3). Portanto, as reais necessidades dos seres humanos necessitam ser identificadas para as condutas presentes e futuras serem o resultado de reflexões, estudos e atualizações sistemáticas.

O fato de tantas conquistas fascinarem e trazerem grandes benefícios para a humanidade não significa que essas mesmas conquistas não preocupem. A capacidade de prolongar a vida, em muitos casos excede a de restaurar a saúde. Enquanto se salvam vidas de um lado, de outro, prolonga-se um processo de manutenção da agonia e retarda-se o processo de morrer. Será que todos os meios tecnologicamente possíveis, de prolongar a vida necessitam ser aplicados?

Ao assumir a responsabilidade do tratamento de um paciente, o médico compromete-se a proporcionar-lhe nível aceitável de cuidados. A definição do aceitável depende de uma série de fatores como, por exemplo, as condições clínicas do enfermo e os recursos disponíveis. Não há o dever de realizar tudo aquilo que a ciência médica pode oferecer. Existem questões relevantes relativas ao uso de procedimentos artificiais para manter e ou prolongar a vida. Uma delas é ter a consciência de o processo de morrer ter começado. Se a resposta for afirmativa, a morte será inevitável e, sendo assim, dever-se-ia permitir ao paciente morrer confortavelmente e com dignidade (4).

A morte representa um desafio, ela não pode ser objeto de experiência histórica, pois não é possível qualquer comunicação entre os seres depois dela. Porém, a morte é, ao mesmo tempo, causa indireta de uma grande variedade de fenômenos culturais. Apesar de ela não poder ser observada externamente no instante de concretizar-se, ela pode ser objeto de observação do comportamento do homem antes e depois de sua ocorrência.

A medicina fala da morte, entendendo por tal, os fenômenos empíricos que a preparam e a acompanham. A introdução mais sistemática da medicina intensiva configura-se ao substituir parcial ou totalmente, certas funções vitais,

utilizando aparelhos que levam o paciente para certos estados relativamente fáceis de descrever, contudo, difíceis de avaliar em sentido estritamente clínico e mais difíceis ainda de aquilatar em sentido moral (5). Conflitos em relação aos cuidados clínicos no final de vida são árduas experiências para os médicos. O acréscimo de razões religiosas pode intensificar ainda mais a tensão. Não há o dever de concordar com solicitações, embasadas unicamente em razões religiosas, para proporcionar tratamentos que a ciência médica acredita serem inapropriados ou desumanos (6).

A morte não é um acontecimento particular, situado no início ou no fim de um ciclo de vida do homem, ela é uma possibilidade sempre presente na vida humana. É uma condição que companheira da vida em todos os seus momentos e o fato de ela ter o poder de limitar a existência humana torna-a decisiva para a compreensão e avaliação da vida (7).

Sociedades de Medicina Intensiva, entre outras, têm notado não serem sempre benéficos os cuidados nas unidades de tratamento intensivo (UTIs) e a retirada ou a não-oferta de tratamentos de suporte de vida poderem ser eticamente aceitáveis em certas circunstâncias. Apesar do grande desenvolvimento tecnológico, ela, não é sempre manejada de forma ótima nas unidades de tratamento intensivo. Muitos pacientes criticamente doentes morrem com dor e os seus médicos freqüentemente desconhecem os desejos dos enfermos em relação ao suporte avançado de vida (8).

A morte virou um tabu, já não se morre em casa junto aos familiares e amigos, mas sozinho, em um leito de hospital ou dentro de uma UTI. Tão presente no passado, experiência que ensinava a viver, vai-se apagar e desaparecer. Existe um esforço enorme em negá-la. A atitude cultural dos

tempos atuais tende a transformá-la em problema. No hospital, ela é um fenômeno técnico causado pela parada de cuidados, verificada por profissionais especializados. Uma pessoa morre quando sofre uma perda irreversível de toda a capacidade de integrar e coordenar as funções físicas e mentais do corpo (9). Isto é a morte e será isto o suficiente? Será que o ser humano não deveria preocupar-se, também, com o processo de morrer?

A bioética, ao longo do tempo, tem-se inquietado muito com a questão do morrer. Em virtude do progresso da tecnociência biomédica nas últimas décadas, o processo de morrer transformou-se de forma significativa, chegando ao ponto de ocorrer uma desapropriação da naturalidade da morte. Entre as conseqüências mais importantes e mais perturbadoras do progresso da ciência está a revisão, imposta pela ciência ao homem acerca das concepções mais profundas de si mesmo e de sua relação com o universo (10).

3.2 Morte e sua relação com a história

O prolongamento da vida é um eterno e atual problema referente a deixar a pessoa perenemente jovem, demonstrado tanto na mitologia antiga, na imaginação religiosa, quanto na filosofia grega. Na mitologia, por exemplo, duas tendências opostas são diferenciadas: de um lado a crença de o prolongamento da vida ser irreal e indesejável e, de outro, a exaltação da idéia de o prolongamento da vida poder alcançar-se pela manipulação tanto de forças naturais quanto sobrenaturais. Gilgamesh na Babilônia (3000 a.C.); Titan e Prometheus na mitologia grega (9° e 7° século a.C.) servem como ilustração

dessas primeiras tendências. A idéia das lendas é reduzir o anúncio de o destino dos mortais ser a sua submissão passiva aos sofrimentos da vida, a fim de poder ir para seus deuses, enquanto a imortalidade é prerrogativa apenas dos deuses. Ao mortal será atribuído com a longevidade, o eterno tormento e a dor.

Questiona-se, assim, até que ponto é boa a longevidade para o ser humano se ela prolonga a dor e o sofrimento. De acordo com os mitos, os seres humanos que viveram nos primórdios da história não conheceram a idade avançada nem doenças capazes de levar à morte. Pergunta-se: o que é idade avançada? É uma fase natural do desenvolvimento ou uma doença? Ela é inevitável ou pode ser superada? (11).

A pessoa é definida como um ser inteligente, pensante, com razão e capacidade de refletir por si mesma. Um ser torna-se uma pessoa quando exerce uma atividade de razão; eleva-se acima dos feitos e alcança o nível dos valores quando existe um relacionamento e uma integração de seus elementos constituintes: indivíduo, personalidade e sujeito. Assim, a dignidade da pessoa é violada ao ser violado o corpo ou a alma. O respeito pelo ser humano se logra quando são considerados não somente o corpo, mas o corpo e a alma de forma conjunta (12).

O conhecimento da própria condição mortal pelo homem é um feito que sempre causou e continua causando temor e dor. Muda a forma de o ser humano adaptar-se à realidade da morte em função da cultura em que vive. As concepções, representações e atitudes frente à morte são dinâmicas e sociais. Isso significa dizer que as atitudes atuais são explicadas pela relação com as precedentes e as futuras sofrerão os efeitos das atuais.

Historicamente, no mundo ocidental, pode-se refletir sobre a morte em torno de quatro modelos: 1º) o dever morrer; 2º) a morte própria; 3º) a morte tardia; 4º) a morte selvagem (13).

O primeiro deles enfocando o “dever morrer”, estende-se até o século XI. Naquele tempo, predominava o sentimento comunitário sobre o individual, não só para a vida, mas também para a morte. Acreditava-se que, ao morrer, penetrava-se em um grande sonho à espera de um verdadeiro fim dos tempos e todos despertariam para entrar no paraíso. Na época, o habitual era as pessoas saberem de antemão, que iriam morrer e, dessa forma, preparar-se, deixando em ordem seus assuntos; despedir-se dos demais e pedir perdão a Deus para, finalmente, esperar a hora de sua morte. O enfermo participava do ato de morrer em todas as dimensões: em sua vida particular, ao organizar seus assuntos e em sua vida social, ao proceder às despedidas. Destaca-se nesse modelo, o fato de a própria pessoa dirigir todo o ritual.

O segundo modelo, da morte própria, tem início no século XI e termina no século XVII. É marcado pelo deslocamento dado ao sentido do destino. O coletivo passa a ser considerado o individual. A essência da morte subsiste praticamente igual ao modelo do dever morrer no referente à sua forma, porém, quem morre está ciente de naquele momento, decidir-se sua ida ao céu ou ao inferno.

Outra alteração importante ocorrida é o homem, em seu todo, desdobrar-se. Com a morte, a alma se libera do corpo, demonstrando sua existência imortal, a identidade individual mais além da morte. A partir do século XIII, começa a se atribuir uma outra opção do destino, a qual se coloca entre a salvação e a condenação, o assim chamado purgatório. Mas foi em

meados do século XVII que esta palavra se tornou habitual, representando a possibilidade de os vivos intercederem pelos mortos.

O terceiro modelo, da morte tardia, localiza-se no século XVIII e se estende até o século XIX. A importância atribuída primeiramente à comunidade e, posteriormente, ao indivíduo, agora corresponde à família. A dramatização das despedidas na casa do moribundo expressam o lamento pela separação física daquele que morre. Em compensação, a representação de mais além predominante é a de um lugar de reencontro e acréscimo para a eternidade. Desaparece o temor do inferno, embora, entre os católicos, persista a crença da passagem pelo purgatório. Nesse período, começa o abandono da antiga familiaridade com a morte, porém, ao mesmo tempo, ela se contempla desde uma perspectiva fascinante. Considerada tão enigmática e atrativa como o amor, a morte é demonstrada associada a ele em numerosas representações artísticas e literárias.

Em meados do século XIX, inicia-se um novo modelo, o da morte selvagem, dominante até os dias atuais. Ele oculta do enfermo a proximidade da morte. Crê-se que é melhor para o doente permanecer na ignorância sobre a própria morte. Mesmo suspeitando estar próximo de morrer, o enfermo prefere guardar as aparências para não ser tratado como moribundo. A intenção, é proteger o outro em nome do afeto, chegando ao extremo de privar o doente de sua morte.

Essa passa ser uma alteração importante, porque suprime o até então considerado como um privilégio de quem morria. Suprime-se também as despedidas, as últimas recomendações e a expressão dos últimos desejos. A crença religiosa que ajudava a tolerar a morte é substituída pela crença na

ciência com seu progresso acelerado, oferecendo a ilusão de alcançar mais do que é possível. Os médicos convertem-se em sacerdotes detentores do saber sobre a morte e o hospital, o lugar onde ela se esconde pois é considerada vergonhosa, imprópria e suja.

Sendo a morte parte do cotidiano de médicos intensivistas, ela se revela nas pupilas dilatadas e fixas, nos músculos tensos, em um último e angustiante suspiro, nos rostos contraídos, nos espasmos de agonia, na máscara do sofrimento. O homem e a mulher sabem que irão morrer. Tal certeza é o marco da superioridade humana sobre o reino animal. Desejar a morte é mal, mas dela ter medo é pior. O medo da morte é mais cruel do que a própria morte (1).

As mudanças ocorreram de século em século e, hoje, a morte desejada é aquela temida anteriormente: a morte rápida, distante da comunidade, negada, não pensada. Já no século XX, a partir da segunda guerra mundial, a morte foi medicalizada sendo conhecida como fenômeno da inversão da morte. Ela continua a acontecer, porém, nunca a vemos, o seu domínio passa a ser hospitalar e o tempo de morte, manipulado pela ciência e pelo médico.

Um estudo realizado na Universidade Federal da Bahia, em 2002, com o objetivo de abordar a formação profissional em relação à morte, envolveu profissionais de várias áreas, entre as quais, a oncologia, a hematologia, a nefrologia e a medicina intensiva. O estudo identificou que o médico se coloca como um técnico, tem dificuldade com a morte, apresenta angústia gerada pelo sentimento de impotência quando ocorre a perda do paciente. O médico apresenta desejo latente de se distanciar do paciente na fase final deste, mas apesar de tudo, adota uma postura de parceria (14).

Em 1965, a Dra. Elisabeth Kübler-Ross, em resposta à solicitação de alguns estudantes de teologia, iniciou um seminário sobre a morte em um hospital de Chicago nos Estados Unidos. Posteriormente, ela publicou um livro intitulado “Sobre a Morte e o Morrer” (15) em que descreve, a partir de uma pesquisa com duzentas entrevistas, os cinco estágios típicos pelos quais os pacientes passam durante o processo de morrer: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e, finalmente, a aceitação. Esse trabalho universalmente reconhecido tornou-se muito útil no tratamento dos pacientes em estágio final de vida. Apesar de os pacientes não necessariamente passarem por todos os estágios e nessa mesma ordem, a compreensão das fases ajuda o médico a melhor assistir o moribundo (13).

Em 1968, os critérios de Harvard para o coma irreversível foram rapidamente adotados como diretrizes de morte cerebral e aceitos como equivalentes ao paciente estar morto. A partir daí, muitos locais separados estabeleceram critérios nacionais ou políticas locais sobre como precaver-se de uma aparente morte. A frequência de exames repetidos; tempo de observação; exclusão de condições que possam produzir um estado reversível de aparente morte: a hipotermia, intoxicação exógena, choque hemodinâmico e algumas encefalopatias; métodos específicos de exame clínico e testes confirmatórios como eletroencefalografia, angiografia e cintilografia cerebral foram especificados como um conjunto de critérios para definir se uma pessoa está morta.

Contudo, pouco depois da proposta de cada nova modalidade de exame, apareceram casos de pacientes ou limitações metodológicas, tecnológicas, lançando dúvidas quanto à sua acurácia como teste absoluto de

ausência de função cerebral. Esse processo identificou, mais de perto, aquilo historicamente ocorrido. Definições filosóficas e médicas foram apresentadas, criados critérios de suporte baseado na tecnologia e, ainda assim, seguiram os desafios de exceção a limitações nos critérios ou métodos de testagem.

Em 1981, foi adotada, como estatuto em todos os estados dos Estados Unidos da América, a Determinação Uniforme do ato de morte: um indivíduo morre quando apresenta a cessação irreversível das funções circulatórias e respiratórias ou a paralização irreversível de todas as funções do cérebro incluindo, o tronco cerebral (16).

3.3 Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia

A maioria das pessoas não se preocupa com a morte, porque imaginam ser algo que vai acontecer em algum futuro longínquo. A morte não faz parte do horizonte da vida, porém, para morrer, basta estar vivo. Biologicamente, o ser humano está sempre morrendo na medida em que as células morrem, são eliminadas e outras vão surgindo. Assim, a morte não é um instante mas um processo englobando várias etapas em seu entorno. Nesse sentido, o ser humano é essencialmente um ser para a morte e aprender a viver é aprender a morrer.

O debate sobre a eutanásia reacendeu-se nas últimas décadas, fruto do desenvolvimento técnico-científico, culminando com a chamada “obstinação terapêutica”. Constata-se, então, nos dias atuais, o enfermo enfrentar, sozinho e solitariamente, a dor e a morte, todos fugirem e nenhum querer acompanhá-la. O pedido de eutanásia por parte do enfermo passa a ser mais uma

solicitação de acompanhamento beneficente e uma súplica por solidariedade (17).

Etimologicamente, eutanásia significa “boa morte” e provém do grego “Eu e Thanatos”. Esse foi o significado até o século XVII que apontava uma morte sem dores. É a prática de abreviar uma vida para evitar grandes dores e moléstias ao paciente, a pedido dele mesmo, de seus familiares ou por iniciativa de uma terceira pessoa que presencia, conhece e intervém no caso concreto do enfermo. A eutanásia pode ser positiva ou ativa, negativa ou passiva, direta, indireta, voluntária, involuntária e não-voluntária.

Na ativa direta, recorre-se a uma ação cujo efeito imediato é tirar a vida de uma pessoa. A ativa indireta existe ao se praticar uma ação com efeito imediato bom, mas comportando, simultaneamente, um efeito paralelo, divergente e não desejado: a morte do ser humano. É também chamada de “duplo efeito”. A passiva refere-se ao mero ato de privar um enfermo daqueles meios médicos que poderiam prolongar sua vida.

Entende-se por eutanásia voluntária a morte procurada, resultante de um pedido livre e consciente do enfermo. Na involuntária, a morte procurada não corresponde a uma decisão do paciente, mas de outras pessoas. A não-voluntária inclui os indivíduos incapazes de indicar uma preferência ou, mesmo tendo a capacidade, não a indicam.

Assim, uma eutanásia é passiva (ou negativa) quando se omite um tratamento. Ela é voluntária quando o paciente é quem se recusa ao tratamento; é não-voluntária se o paciente está em estado vegetativo e involuntária ao ser o tratamento omitido por razões médicas. Na ativa (ou positiva), a ação provocadora da morte passa a ser voluntária, quando o

paciente solicita a morte para si; é não-voluntária quando ele está em estado vegetativo persistente ou em coma sendo involuntária quando a ação é contra a vontade do paciente (18, 19).

Associados ao desenvolvimento e ao avanço tecnológico da medicina contemporânea surgem, na mesma proporção, dilemas ou questionamentos envolvendo a aplicabilidade, importância, relação custo-benefício, além da agregação de valor à qualidade do atendimento médico. A cura sendo impossível, o princípio da não-maleficência passa a ter prioridade sobre o princípio da beneficência. Medidas que visam ao conforto e alívio de sofrimento devem ser os objetivos principais do tratamento.

A busca da certeza diagnóstica e da prognóstica; a aplicação de condutas consideradas modelo pela comunidade científica; o desejo do paciente ou de seu representante; a legalidade de uma conduta proposta e o respeito à autonomia do médico assistente são desafios a serem ultrapassados e aplicados na prática diária do profissional. No entanto, sabe-se que, em grande parte das doenças, não é possível ser estabelecido um diagnóstico com segurança. A utilização de dados estatísticos para elaborar o prognóstico através de uma estimativa de probabilidade e assim prever o desfecho futuro, é uma tarefa árdua e o resultado, na maioria das vezes, incerto.

A possibilidade do erro diagnóstico, a incerteza do prognóstico, a possibilidade de abusos bem como o desgaste da relação médico-paciente, são problemas a nos mostrar que a eutanásia é eticamente inadequada e não deveria ser aprovada pela ciência médica (20).

O interesse dos médicos no debate da eutanásia está enfocado em dois principais caminhos: o primeiro, baseado na participação do médico como

agente natural para aplicar a injeção fatal; o segundo, enfocando as razões e ou o dever do médico de aliviar a dor. O fato de serem considerados os agentes mais naturais para administrar um tratamento letal não significa terem como prerrogativa, o dever de tomar a decisão de permitir ou não a eutanásia. Muitos referem ser a conexão entre médicos e eutanásia meramente incidental e altamente contingente. Se, como grupo, estão insatisfeitos sobre essa prática, eles poderiam ser excluídos dela. O nível de capacidade requerida para administrar uma injeção não é alta e não seria nenhuma dificuldade o treinamento de outras pessoas para tal fim.

O segundo seria a obrigação de retirar a vida para aliviar uma dor insuportável. No entanto, o mais alto dever de diminuir a dor e o sofrimento não justifica a eutanásia, pois nenhum direito ou dever é absoluto. Os médicos têm um reconhecido direito de recusar agir em certas circunstâncias ou de realizar atos no final de vida do paciente, baseados em suas preferências ou julgamentos. Não se pode afirmar que a eutanásia é uma medicina normal. Impor o dever aos médicos de tratamentos letais para aliviar a dor ou sofrimento é implausível. O fato de ele ser o agente da morte danificaria, de modo irreversível, a relação médico-paciente e guiaria o próprio médico a um lugar de menor valor na vida humana (21).

Entre tantos argumentos a favor ou contra a prática da eutanásia citados na literatura, pode-se perceber a inserção da sociedade em um grande conflito: nada mais nem menos do que a busca da dignidade do homem e da mulher durante o processo de morrer. Na luta pela vida em circunstâncias de morte inevitável, a utilização de todo um arsenal tecnológico disponível traduz-se em obstinação terapêutica que facilmente nega a dimensão de finitude e a da

mortalidade humana. Essa postura acaba impondo mais sofrimento à pessoa ao adiar a morte e, conseqüentemente, os instrumentos de cura tornam-se ferramentas de tortura. Prolonga-se a vida ou simplesmente adia-se a morte? O comportamento médico em utilizar processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal a curar, quando a cura é impossível e o benefício esperado é menor que os inconvenientes previsíveis, torna-se inútil e, portanto, fútil.

Inevitavelmente, cada vida humana chega ao final e assegurar que isso aconteça de uma forma digna, cuidadosa e menos dolorosa possível merece tanta prioridade quanto qualquer outra. É uma primazia para a profissão médica, para outros setores da saúde, para os serviços sociais e para toda a sociedade (22).

O termo “ortotanásia” tem sido utilizado para falar da morte no seu tempo certo. O prefixo “orto” origina-se do grego e significa correto. A ortotanásia tem o sentido de morte sem abreviação ou prolongamento desproporcionado do seu processo. Difere da eutanásia porque se preocupa em não incorrer na aplicação de meios considerados extraordinários ou desproporcionados que prolongam e impõem sofrimentos adicionais no curso do processo de morrer do ser humano.

A tentativa de definir a ortotanásia como um justo meio entre a eutanásia e a distanásia nos mostra que o problema da morte e do processo de morrer permanece, ao longo dos tempos até os dias atuais, extremamente sintomático. É um problema dito circular, ou seja, ao morrer deixamos de viver e deixaremos de viver quando chegar a hora da morte. A medida que vamos morrendo, nossos diversos órgãos irão parando de funcionar e tanto quanto

nossos órgãos vão entrando em falência morremos. Isto significa dizer que a ciência médica é responsável pelo que faz intencionalmente, mas não pelo impossível de impedir deliberadamente (23).

A distanásia, no entanto, tem o prefixo “dis”, também de origem grega, significando afastamento. Entende-se por distanásia o prolongamento exagerado da morte de um paciente. Trata-se de uma atitude médica capaz de, visando salvar a vida de um paciente em estado irreversível de sua doença, submetê-lo a grande sofrimento. Nessa conduta, não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. O termo distanásia tem, como sinônimos, obstinação terapêutica, futilidade médica, encarniçamento terapêutico, sendo utilizados de acordo com os diferentes locais do mundo ocidental. Na Europa, os mais usados são obstinação terapêutica e encarniçamento terapêutico e, na América do Norte, comumente fala-se em futilidade médica (24).

A distanásia tornou-se um problema ético de primeira grandeza visto o progresso técnico-científico ter passado a interferir, de forma decisiva, nas fases finais da vida do homem e da mulher. O que ontem era atribuído aos processos aleatórios da natureza ou a Deus, hoje o ser humano assume como responsabilidade. A presença da ciência e da tecnologia começam a intervir decisivamente na vida humana exigindo, por parte da sociedade, uma ampla reflexão ética.

O conhecimento biológico e as diretrizes tecnológicas, apesar de serem úteis e de grande auxílio no tratamento e cuidados das pessoas enfermas, tornam o processo humano de morrer mais problemático, difícil de prever, difícil de lidar. São fontes de complicados dilemas éticos geradores de angústia,

ambivalência e incertezas. O modelo de curar facilmente tornou-se prisioneiro do domínio tecnológico da medicina moderna. É preciso ter a consciência que o limite da possibilidade terapêutica não significa o fim da relação médico-paciente.

Alguns fatores têm sido descritos como causa da conduta distanásica e também tem sido levantadas propostas para serem utilizadas nas unidades de cuidados intensivos. Entre esses fatores causais citam-se: a convicção acrítica de alguns profissionais de ser a vida biológica um bem pelo qual se deve lutar até o limite das considerações sobre a qualidade de vida; a ignorância ou desprezo do direito de o paciente - ou de seus representantes legais e da família em seu nome - recusar, o início ou a continuação dos tratamentos médicos prolongadores da agonia do enfermo terminal; a angústia do médico perante o insucesso terapêutico e a resistência em aceitar a morte do paciente; a dificuldade de definir o prognóstico e a ilusão de o processo que conduz à morte parar ou mudar de direção.

Assim, propostas de fórmulas para unidades de tratamento intensivo, como por exemplo, $ID = PQT/C$, são formuladas. ID é o índice de direito a entrar em uma UTI; P é a probabilidade de resultados positivos; Q é a qualidade de vida razoavelmente admissível; T é o tempo restante de vida e C é o custo para alcançar um êxito terapêutico. Segundo ela, os custos aumentarão tanto mais quanto mais negativa se tornar a relação diminuindo o índice de direito que pelo contrário aumentará com o acréscimo da esperança de vida ou de sua qualidade (25).

O dever de conservar a vida e a saúde urge na medida em que se possa recorrer a meios ordinários, oferecendo razoável esperança de benefícios para

o paciente, obtidos sem grave dano, dor ou outros inconvenientes. Ter o discernimento da distinção entre meios extraordinários e ordinários é de suma importância e exige contínua atualização técnica e científica. O extraordinário em 1970 pode ser, nos dias atuais, ordinário e, provavelmente, o tecnologicamente extraordinário nos nossos dias, em curto espaço de tempo poderá tornar-se uma conduta considerada padrão ouro. Consistente com essa distinção, medidas extraordinárias não são requeridas, porque impõem fardos desproporcionais com resultados mínimos. Urge a necessidade da implementação de diretrizes nacionais para o profissional em relação à distanásia.

A bioética ao abarcar a ética médica, tem o dever de explorar a questão do final de vida e fazer convergir o pensamento tanto médico quanto filosófico afim de, juntos, poderem concretizar propostas e soluções que respeitam a dignidade do ser humano durante o seu processo de morrer (26).

3.4 Ordens de não-reanimação

As ordens de não-reanimação são instrumentos que podem ser empregados por médicos, pacientes, familiares e instituições de saúde, por meio de formulários próprios, cujo objetivo é orientar o não-início das manobras de reanimação cardiopulmonar naqueles casos sem possíveis benefícios clínicos comprovados. Reanimação cardiopulmonar é técnica de suporte básico e avançado de vida, iniciado para restabelecer as funções cardiorrespiratórias e cerebral quando ocorre um evento de parada cardiorrespiratória (27).

Hillmam e colaboradores conduziram um estudo no hospital Liverpool, na Austrália, publicado em 2001, abordando a documentação de fatores

antecedentes da morte no hospital. Eles demonstraram que, quando a morte era verificada, ela fora precedida por uma solicitação emergente de auxílio, em virtude de um evento agudo de parada cardiorrespiratória, ou solicitação de admissão na UTI, com sérias anormalidades e deterioração clínica dos pacientes oito a quarenta e oito horas antes do desfecho. Das 778 mortes identificadas no estudo, 541 (71%) eram acompanhadas de um termo assinado de ordem de não-reanimação. Os autores sugeriram poder a parada cardiorrespiratória não ser sempre súbita ou um evento inesperado. Muitas admissões inesperadas nas UTIs, apresentam deteriorações clínicas mensuráveis precedentes ao tratamento definitivo. Tais antecedentes, segundo os autores, poderiam identificar pacientes que se beneficiariam com intervenções mais precoces (28).

Cherniack publicou em 2002, no *Journal of Medical Ethics*, um artigo abordando o aumento mundial do uso de ordens de não-reanimação em pacientes velhos. Estes segundo Cherniack, apesar do prognóstico, freqüentemente são mais receptivos a fornecer ordens de não-reanimação do que pacientes jovens. Ele atribui como possíveis razões: o fornecimento de informações negativas sobre parada cardiorrespiratória e proposta de primeira opção entre várias outras. A idade dos pacientes influenciaria na tomada de decisão quanto à agressividade do tratamento a ser empregado ou à utilização das ordens de não-reanimação (29).

É de conhecimento que, aproximadamente, 25 a 50 % dos pacientes sobrevivem após uma parada cardiorrespiratória, no entanto, apenas 5 a 25 % destes conseguem recuperar-se o ponto de receberem alta do hospital. Em torno de 2 a 3 % dos pacientes reanimados acabam com severo e permanente

comprometimento neurológico. Os maiores índices de sucesso na reanimação são obtidos quando a causa da parada cardiorrespiratória ocorre por indução anestésica, infarto agudo do miocárdio ou por taquiarritmias. Naqueles com falência orgânica crônica, como renais e hepatopatas, os índices de sucesso encontram-se em torno de 0 a 3 % (30).

A mortalidade é um dos indicadores disponíveis mais aceitos na avaliação do desempenho tanto das unidades de tratamento intensivo quanto hospitalar. No entanto, pode refletir muito mais as diferenças em termos de quantidade de pacientes do que na qualidade de seus cuidados.

A escolha das ordens de não-reanimação pode sofrer influências dependendo da maneira como são apresentadas, podendo, assim, direcionar caminhos a serem seguidos. O domínio quase exclusivo do modelo científico de separação entre mente e corpo orientou a formação médica para uma visão incompleta de o tratamento da doença, da dor e do sofrimento ser independente da pessoa que os experimenta. A superespecialização gerou um profissional com conhecimentos mais limitados em relação ao todo, da integridade da pessoa, do doente, diminuindo a importância do papel terapêutico do relacionamento médico-paciente, característico da medicina hipocrática.

Problemas éticos extremamente complexos são verificados naqueles casos nos quais já foram instituídas as medidas de reanimação cardiorrespiratória em um paciente que previamente havia solicitado uma ordem de não-reanimação, estando ele internado em uma unidade de tratamento intensivo. A decisão de retirar o paciente de uma ventilação

assistida pode ser mais difícil do que a decisão de não colocá-lo em ventilação mecânica (27).

Kenneth Boyd refere que, apesar de a retirada de tratamento poder ser considerada eticamente equivalente à não-oferta de tratamento, ela é psicologicamente diferente. A não-oferta de tratamento pode representar o não começo de um tratamento que é clinicamente inapropriado, mas a decisão de retirar o tratamento que sustenta a vida angustia os médicos porque não representa apenas uma decisão puramente clínica mas julgamentos de valor e de moral. Uma razão moral pela qual os médicos são relutantes em aceitar a equivalência moral entre retirada e não-oferta de tratamento, é o fato de não desejarem desenhar, entre tais julgamentos de valor e de moral, a continuidade ou não da existência das pessoas (31).

A medicina tem, como meta primária, beneficiar os pacientes, restaurando e mantendo sua saúde tanto quanto possível, maximizando benefícios e minimizando danos. No entanto, a percepção do benefício não é necessária nem suficiente para o benefício ocorrer, bem como a percepção do dano não basta para o dano acontecer.

A medicina não existe para classificar pacientes entre aqueles que deveriam ou não viver com base em preferências reais ou imaginárias. Ela tem a função de oferecer tratamentos apropriados para pacientes em uma determinada situação, oferecer tratamentos para beneficiar os pacientes suficientemente, a fim de justificar os fardos que os sobrecarregam (32).

A autonomia faz uma pessoa ter autoridade sobre ela mesma. Escolher e desenvolver suas próprias preferências, princípios e compromissos, fiel à vida de acordo com suas escolhas, sendo responsável pela própria vida. As

pessoas devem ser livres para escolher, seguir e revisar os projetos de vida, ter a oportunidade de desenvolver seus talentos e dar-se a chance de viver uma vida boa e completa. Certamente isso não significa que todo mundo pode fazer aquilo que deseja. Uma pessoa não pode escolher infringir direitos iguais de outras pessoas, incluindo seu próprio direito de ser livre de fardos.

É preciso, primeiramente, o indivíduo demonstrar sua capacidade de fazer escolhas, representada pela compreensão e retenção de informações essenciais para a tomada de decisão, especialmente, quando há prováveis conseqüências de receber ou não determinado tratamento. Além disso, é representada, também, pela habilidade de utilizar as informações, pesando-as na balança como parte do processo de decisão. Fica claro, então, que um paciente internado em uma unidade de tratamento intensivo, portador de uma doença grave, em estado clínico crítico, carece de plena capacidade para tomar decisões (33).

Problemas existem quando a solicitação do paciente entra em conflito com a concepção do médico de uma prática médica aceitável. A autonomia é a principal justificativa para o exercício dos direitos positivos dos pacientes. Nesse sentido, se o respeito pela autonomia é o princípio que sempre prevalece, a declaração de um enfermo competente, em busca do seu melhor interesse, determinará sempre o resultado de um encontro clínico. A implementação dos direitos positivos dos pacientes pode conferir: dano mas não benefício; tanto dano quanto benefício; nenhum dano e algum benefício; nenhum dano e nenhum benefício. Existem falhas, nos métodos que enfatizam o paternalismo da autonomia polarizada, em distinguir tonalidades de um dano para utilizá-lo em intervenções benéficas solicitadas pelos pacientes. Se a

interação médico-paciente requer a participação de duas pessoas, a perspectiva de ambas deveria ser integrada nas várias construções teóricas de tomada de decisão.

Quando os médicos são obrigados a agir em direções contrárias à sua proposta profetizada, não se pode esperar que a medicina funcione na sua forma intencionada. Se o objetivo da medicina deve ser visto como forma de beneficência, então provocar o dano a serviço da autonomia é ilógico. O princípio da beneficência, na ética médica, direciona o médico a assegurar aos pacientes mais bem do que mal. Se o benefício potencial está presente, então o benefício visto a partir da perspectiva do paciente deveria modular a avaliação do risco-benefício. Porém, se não há benefício do ponto de vista médico, então a completa razão do elo médico-paciente desaparece. Certas intervenções são rotineiramente guiadas por critérios objetivos e um médico não é obrigado a realizar uma intervenção requerida pelo paciente se não existe indicação objetiva para ela. Nesses casos, uma segunda opinião deveria ser oferecida ao paciente para ele poder testar a objetividade das razões da não concessão da sua solicitação (34).

Na unidade de tratamento intensivo existe, entre os usuários, um grupo especial de pacientes caracterizados por utilizar uma infinidade de recursos tecnológicos e, mesmo assim, apresentar resultados persistentemente desanimadores. Cada vez mais são avaliados com maior rigor os benefícios obtidos por tais pacientes em troca de tanto sofrimento e investimento.

Do ponto de vista bioético, pretende-se evitar que a tecnologia venha a se transformar em um instrumento prolongador do sofrimento e capaz de retardar, a qualquer custo, o inevitável processo de morte, submetendo o

paciente a uma agonia por métodos artificiais. O momento, quando o paciente deixa de ser salvável e passa ao período de morte inevitável, é impreciso, variável e dependente de uma série de fatores, arbitrado de diferentes maneiras para cada diferente olhar.

Identificar o período de inversão de expectativas envolve todo um processo de racionalização, exigindo postura crítica, neutra e isenta de conceitos pré-concebidos. Em nenhum momento, qualquer decisão deve ser unilateral, muito pelo contrário, ela precisa ser consensual entre equipe e família. Para tanto, a família deveria passar pela mesma seqüência de racionalização da equipe médica pois, desse modo, entenderia o atual estágio de enfermidade em que o paciente se encontra.

O mau uso dos princípios da beneficência, não-maleficência e autonomia poderá levar a uma aplicação incorreta do princípio da justiça. A partir do momento de o paciente ser considerado em processo de morte inevitável, as condutas a seguir deveriam estar alicerçadas no princípio da não-maleficência. A atuação médica deve visar ao conforto do paciente e ao alívio do seu sofrimento, não devendo, por isso, diante de possíveis sentimentos de incapacidade, tachar atos de incompetência ou omissão (35).

Apesar de os debates entre tratamento e não-tratamento, ação e omissão se referirem, de forma geral, a ambos estarem permitindo que um curso particular de ação aconteça, a equivalência moral não poderia valer-se apenas da divisão de um senso denominador comum como apressar a morte. Isto ignora uma questão extremamente importante: a maneira de morrer. A estrita noção física da causa não é capaz de alicerçar a diferença entre matar e

deixar morrer, na medida de tais causas não explicarem uma responsabilidade moral dos agentes.

Quando existe uma patologia terminal subjacente uma ação ou omissão é positiva e há a intenção de matar, então a morte é eqüivalente a matar configurando homicídio. Se existe uma patologia terminal subjacente, uma ação ou omissão é negativa, existe a intenção de matar e os efeitos colaterais são injustificados, então a morte é igual a matar. Isto também é eticamente incorreto e consiste em falha da adequada avaliação dos efeitos colaterais e pode constituir homicídio. No entanto, se existe uma doença terminal subjacente, a ação ou omissão é negativa, não há intenção de matar e os efeitos colaterais são injustificados, então a morte é igual a deixar morrer. Isso é moralmente aceitável, não configura responsabilidade de trazer a morte, pois a causa é atribuída à patologia subjacente (36).

Diante do exposto, está claro que as ordens de não-reanimação não deveriam estar alicerçadas apenas no princípio da autonomia do paciente ou de seu representante legal. Elas dependem de uma ampla avaliação técnico-científica que vislumbre as condições clínicas do paciente, seu prognóstico, os benefícios do tratamento a ser empregado, os fardos com os quais o paciente será acrescido, os valores do próprio paciente ou de sua família quando de sua incapacidade e os custos do tratamento. As ordens de não-reanimação deveriam ser empregadas quando o paciente encontra-se em processo inevitável de morte, alicerçadas principalmente nos princípios da não-maleficência e justiça.

3.5 Dignidade, indignidade da morte

Morrer é parte certa e natural da vida biológica. Somos programados para morrer. No entanto, conviver com a idéia de algum dia morreremos e nada podermos fazer contra isso, torna-se difícil para muitas pessoas. O desejo de viver eternamente está muito claro nas culturas ocidentais, o medo da morte é fortíssimo, razão pela qual, se promove o silêncio sobre o tema, imaginando, ilusoriamente, com isto poder evitá-la.

Não há dúvidas de as unidades de tratamentos intensivos representarem um avanço nos cuidados a pessoas em estado grave, proporcionando serem salvas muitas vidas. A finalidade de uma UTI é atender pessoas com probabilidade de recuperação para uma vida consciente e com a maior autonomia possível. Mas indicá-la para doentes sem prognóstico de recuperabilidade é, no mínimo, um ato de desumanidade. As UTIs não realizam milagres, para lá deveriam ir pacientes com chances reais de recuperação, de acordo com os atuais conhecimentos médicos e terapêuticos (37).

Pelo fato de estarmos vivos, amamos, pensamos, temos ilusões e podemos participar de tomada de decisões. Quando chegar a morte, cessará nossa existência na terra e, aí então, deixaremos de ser protagonistas da história. A morte biológica nos desconcerta, vamos sentindo os seus passos e isso desperta, em nosso espírito, sentimentos de angústia e temor. Sabemos que ela virá, inexoravelmente, para truncar nosso desejo profundo de viver.

O enigma máximo da vida humana é a morte. O homem sofre com a dor e com a dissolução progressiva de seu corpo. Mas o seu tormento maior é o temor pelo desaparecimento perpétuo. A pessoa humana, sua dignidade, sua

realização e seus direitos oferecem um lugar amplo para estabelecer um diálogo na busca de respostas a interrogações que o homem se faz frente à vida e à morte. O direito sobre o qual se fundamentam os demais direitos humanos é o direito à vida de todo homem e de toda mulher. No entanto, nos dias atuais, existe um outro que possibilita complementá-lo: o direito à morte com dignidade.

Pode ser ambígua a abordagem do direito a morrer com dignidade. Deve-se entendê-lo mais como uma exigência ética do que um direito à eutanásia. Ele se refere não tanto ao morrer, um acontecimento normal da vida, mas à forma de morrer.

A morte, o último acontecimento importante da vida, há de ocorrer de tal maneira que seja digna da pessoa humana. Existe uma nítida diferença entre ajudar um doente a morrer dignamente e provocar-lhe a morte. O direito de morrer com dignidade é a capacidade moral de exigir a inviolabilidade da vida humana, da interioridade do homem e da mulher, dos seus sentimentos, é o ato de aceitar, com serenidade, o acontecer natural da própria morte (38).

Seria ilusório pensar na morte e na melhoria das condições que a cercam como uma coisa boa para a qual o ser humano pode dirigir-se de maneira triunfante. Morrer continua sendo uma provação dolorosa e difícil, não importando a experiência espiritual da pessoa. Resta ao homem e à mulher atenuar a dor e o sofrimento, evitar mergulhar em outra utopia: julgar que uma boa ou bela morte está ao alcance da mão ou da técnica. O verdadeiro desafio diante do qual a sociedade se vê colocada, é permitir a cada pessoa viver melhor ou pior a própria morte e, na medida do possível, não excluí-la da pessoa.

Para vencer esse desafio, faz-se necessário implementar uma política de cuidados, paliativos, visando a cuidar das pessoas que estão morrendo, além de recusar a oferta de terapias agressivas consideradas fúteis (39).

A morte, por ser um fato temido e negado tanto pela equipe que trata o paciente quanto pelos familiares em vias de perder alguém, pode criar em torno dessas situações, vínculos de ajuda ou conflitos sem resolução nos quais o mecanismo de fuga está bastante presente. Os profissionais, com o passar do tempo, acabam por criar mecanismos de defesa que os auxiliam nesse enfrentamento. A presença de sentimentos e emoções se associa ao vínculo com o paciente e ao tempo de experiência profissional e, assim, perante tais situações, cria-se um ritual de reflexão sobre a morte.

Entre vários motivos capazes de exacerbar conflitos, figura a falta do entendimento dos familiares e, não raro, do médico, quanto ao real estado do paciente, o seu índice prognóstico. No ambiente de UTI, muitas vezes as equipes médicas resistem a expor, de modo claro e objetivo, que as terapias que empregadas já não poderão salvar o indivíduo e a distanásia, presente de costume, pode ser amenizada ao se oferecer somente o suporte básico terapêutico: conforto, hidratação, suporte ventilatório e alimentação.

As várias fases durante o processo de morrer pelas quais os pacientes passam, identificadas pela Dra. Elizabeth Kübler-Ross, verificam-se, também, nos familiares. Em muitos momentos, por mais clara que tenha sido a informação, os familiares continuam negando a morte do paciente. A morte em terapia intensiva não é nada simples ou natural e os profissionais muitas vezes não sabem administrar o processo da morte e do morrer. Os cuidados ao

paciente crítico tornam-se um jogo, cujos objetivos estão estabelecidos e giram em torno de salvar a vida.

Ao serem utilizados meios como reanimação cardiopulmonar e suporte avançado de vida com seus algoritmos que procuram garantir maior chance de sucesso, o paciente dificilmente terá uma morte natural. Há grandes chances de ele passar por ventilação mecânica assistida, filtração renal artificial, drogas vasoativas, nutrição parenteral, inúmeras transfusões, entre outros recursos já disponíveis. Faz-se necessária atenção na tomada de decisões, pois cada uma, em relação ao tratamento a ser ofertado, deve buscar consenso clínico, ético e conforto para o paciente (40).

O aumento da eficácia e segurança das novas modalidades terapêuticas motivam também questionamentos quanto aos aspectos econômicos e legais resultantes do emprego exagerado de tais medidas e das possíveis indicações inadequadas de sua aplicação. O cenário da morte e a situação do paciente terminal são condições que ensejam maiores conflitos nesse contexto, levando-se em conta princípios, às vezes antagônicos, da preservação da vida e do alívio do sofrimento. A civilização de consumo tem modificado a experiência da dor, esvaziado o indivíduo de suas reações pessoais e transformado essa dor em um problema de ordem puramente técnica (41).

A dignidade da pessoa humana, no século XXI, será referência para a adesão a cada ideal e forma de vida. A partir da visão de Immanuel Kant, entende-se ser a dignidade absoluta e ter um valor intrínseco incondicional. Segundo ele, a dignidade não é meramente um meio instrumental para a satisfação de um determinado fim mas, ao contrário, ela tem fim em si mesma (42).

O termo “dignidade” indica um atributo universalmente comum a todos os seres humanos sem cujo reconhecimento não poderá haver liberdade nem, muito menos, justiça ou paz. A dignidade é uma característica humana específica que coloca o ser humano num grau superior em relação a todos os outros seres existentes na terra.

O homem, enquanto humano, tem direito a ser alimentado, protegido e ajudado. A partir de 1948, pela Declaração dos Direitos Humanos, ganhou o reconhecimento de nascer livre em igual dignidade e direito, de ser reconhecido como dotado de razão e consciência com o dever de agir para com os outros com espírito de fraternidade. A razão que faz o homem ser homem, torna-o capaz de viver moralmente, de ser artífice de sua moralidade, de dirigir a sua vida para o bem ou para o mal.

A dignidade do “homo sapiens” reside no esforço de compreender o verdadeiro sentido das coisas, de chegar à verdade, visitando constantemente os segredos íntimos de sua consciência. O ser humano, centro e ponto de convergência de toda a realidade visível, tem a capacidade de se erguer, tender para cima ou para baixo, dependendo ,única e exclusivamente, dele próprio. Ele consegue dominar os instintos por meio de sua força moral, e isso o dignifica e lhe dá a liberdade de espírito. É essa liberdade de espírito que configura a dignidade (43).

A percepção popular da morte com dignidade, embora traga conforto, é um mito ilusório. Enquanto a ideologia da dignidade da morte tem criado certas expectativas sobre o processo de morrer, tanto em pacientes quanto em familiares, elas são usualmente chocantes e traumatizantes no atual processo

de morte. A idéia da morte digna requer desmitolização, recontagem de estórias com enfoque nos dias atuais.

A dignidade da morte de um indivíduo é construída junto com a dignidade e o caráter da vida inteira desse indivíduo. Parte da dignidade de viver bem consiste em um planejamento individual para aceitar os fardos da mortalidade. O desejo de controlar a mortalidade por meios médicos, reflete o esforço para ver o sofrimento como um problema puramente remediável da medicina. Esse desejo, ao atrair a energia intelectual médica caracteriza o sofrimento como uma forma de dor e tenta domesticá-lo sob a realeza da medicina. A tentativa do tornar o sofrimento medicamente controlado reflete a expansão dos horizontes do modelo biomédico para quase todas as patologias humanas. Visto o sofrimento não distinguir-se da dor, ele passa a ser um marcador da dor contínua, e o seu controle, uma possibilidade médica (44).

Para muitos, o direito de morrer com dignidade implica a remoção de sistemas de suporte de vida ou retirada de tratamentos de pacientes considerados terminais, permitindo-lhes sucumbir a suas doenças subjacentes. O assunto “qualidade de vida” é confundido com o valor que a qualidade de vida tem. A vida humana tem um valor intrínscico e boa saúde não pode dar dignidade à vida humana, pois a saúde não tem vida em si mesma, mas sim, participa da vida. É um bem de que um indivíduo pode gozar e cuidar mas não um bem absoluto, ao qual todas as coisas devem ser subordinadas. Saúde existe para o ser humano, mas o ser humano não existe para a saúde. A dignidade da pessoa não pode ser apagada pela doença, a sua perda é imputada ao paciente pelas reações dos cuidadores e da família em virtude da tristeza ou aparência do enfermo.

Morrer com dignidade não deve ser entendido como um direito à eutanásia ativa ou ao suicídio assistido. Muito pelo contrário, é um direito a morrer em um ambiente digno, recebendo cuidados e afeição de pessoas próximas; e um direito a não prolongar o sofrimento com tratamentos fúteis (45).

A morte por si só é, talvez por definição, indignificada ou então a palavra “dignidade” não deveria ser aplicada para a morte, pois ela, ao ser derivada do latim “dignitas”, significa “valoroso e nobre”. Morte com dignidade esconde vários sentidos: não-ser que é o estado misterioso de ser morto; transição que é o ponto para o qual alguém se move do ser para o não-ser; processo que é o período que leva à morte e nele existe a consciência do final da vida particular de uma pessoa; mortalidade como uma verdade universal que atinge todo ser humano. Quando se fala em morte com dignidade, está se reportando aos sentidos de transição e processo. Falar nela não soma nada à discussão de qual o melhor tratamento para aqueles que estão morrendo ou vivendo vidas de qualidade ruim: talvez, o melhor enfoque fosse o da morte sem indignidades.

A morte sem indignidades seria aquela sem afronte. A racionalidade, a habilidade da razão e o agir sob a razão são características únicas e essenciais do ser humano, distinguindo-o de outros animais: a dignidade humana resulta dessas características. Assim, seria um afronte à dignidade o não-reconhecimento disso em um indivíduo. Pessoas morrem com dignidade por causa das suas qualidades pessoais, suas virtudes, quaisquer que sejam as circunstâncias nas quais se morra. Indignidade é sofrimento, dignidade é merecimento (46).

3.6 Conclusão

A medicina pode contribuir, não para o sentido de dignidade da pessoa no final de sua vida, mas para uma morte sem indignidade. Isso envolveria assegurar, tanto quanto possível, o respeito pela autonomia das pessoas utilizando a razão humana. Dor é indignidade e ao contribuir para sua remoção de forma efetiva, rompe-se a barreira da indignidade e, indiretamente, ajuda-se o homem e a mulher a morrerem com dignidade. A base característica de uma morte dignificada é assegurar ao ser humano morrer com dignidade face à indignidade. Para tanto, dois caminhos são essenciais: primeiro, não impor indignidades, como privar as pessoas de escolhas no final de suas vidas; segundo, atuar de forma cada vez mais efetiva para minimizar as indignidades como a dor e o prolongamento obstinado de uma terapia fútil e portanto inútil.

Referências

1. Baruffa G. Thanatos: Mitologia, Filosofia, Antropologia. *Razão e Fé* 2002;4(2):45 - 52.
2. Brock DW. Death and Dying. In: Veatch RM, editor. *Medical Ethics*. 2a. ed. London: Jones and Bartlett Publishers; 1997. p. 363 - 394.
3. Silva MAPDd, Silva ARB, Silva EM. Oncologia e Ética: relações e aproximações. *Rev Paul Enf* 2001;20(1):42 - 50.
4. Koseki NM. Decisões Médicas em Pacientes Terminais. In: Petroianu A, editor. *Ética, Moral e Dentologia Médicas*. 1a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 243 - 50.
5. Bondolfi A. Morte. In: Leone S, Privitera S, Cunha JTd, editores. *Dicionário de Bioética*. 1a. ed. Aparecida: Santuário; 2001. p. 745 - 7.
6. Brett AS, Jersild P. Inappropriate treatment near the end of life. *Arch Intern Med* 2003;163:1645 - 9.
7. Prudente MG. *Bioética: Conceitos Fundamentais*. 1a. ed. Porto Alegre: Do Autor; 2000.
8. Luce JM. Three patients who asked that life support be withheld or withdrawn in the surgical intensive care unit. *Crit Care Med* 2002;30(4):775 - 80.
9. Pessini L, Barchinfontaine CdPd. Sobre a Morte e o Morrer. In: Pessini L, Barchinfontaine CdPd, editores. *Problemas Atuais de Bioética*. 6a. ed. São Paulo: Loyola; 2002. p. 243 - 55.
10. Schramm FR. A questão da definição da morte na eutanásia e no suicídio assistido. *O Mundo da Saúde* 2002;26(1):178 - 83.

11. Duplenko Y. On the history of life prolongation problem. *Agapit* 1996;1(4):48 - 52.
12. Jacquemin JMP. Una antropologia para la bioética. *Medicina y Ética* 2003;4:401 - 23.
13. Alvarez A, Mohar A, Kraus A. En torno a la muerte: una revisión y una propuesta. *Rev Invest Clin* 1997;49:151 - 61.
14. Aleluia LM, Peixinho AL. O médico diante da morte: aspectos da relação médico-paciente terminal. *RBTI* 2002;14(3):99 - 102.
15. Kübler-Ross E. *Sobre a Morte e o Morrer*. 8a. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
16. Powner DJ, Ackerman BM, Grenvik A. Medical diagnosis of death in adults: historical contributions to current controversies. *Lancet* 1996;348:1219 - 23.
17. Junges JR. A Eutanásia e o direito à Morte digna. In: Junges JR, editor. *Bioética perspectivas e desafios*. 1a. ed. São Leopoldo: Unisinos; 1999. p. 171 - 86.
18. Naveillan PF. Algunas orientaciones éticas sobre la distanasia y adistanasia. *Rev Hosp Clin Univ Chile* 1997;8(1):25 - 9.
19. Grey W. Right to Die or Duty to Live? The problem of euthanasia. *J Appl Philos* 1999;16(1):19 - 32.
20. Kipper D. O Problema das Decisões Médicas Envolvendo o Fim da Vida e Propostas para Nossa Realidade. *Bioética* 1999;7(1):59 - 70.
21. Bagaric M, Amarasekara K. Euthanasia: Why it doesn't matter (much) what the doctor thinks and why there is no suggestion that doctors should have a duty to kill. *J Law Med* 2002;10(2):221 - 31.

22. Pessini L. Questões Éticas-Chave no Debate Hodierno sobre a Distanância. In: Garrafa V, Pessini L, editores. Bioética: Poder e Injustiça. 1a. ed. São Paulo: Loyola; 2003. p. 389 - 408.
23. Valls ALM. Filosofando sobre a vida e a morte. In: Valls ALM, editor. Da Ética À Bioética. 1a. ed. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 175 - 93.
24. Pessini L. Distanância: Até quando investir sem agredir? Bioética 1996;4(1):31 - 43.
25. Abel F. Distanância. In: Leone S, Privitera S, Cunha JTd, editores. Dicionário de Bioética. 1a. ed. Aparecida: Santuário; 2001. p. 314 - 7.
26. Dickenson DL. Are medical ethicists out of touch? Practitioner attitudes in the US and UK towards decisions at end of life. J Med Ethics 2000;26:254 - 60.
27. Urban CdA, Bardoe SAW, Silva IMd. Ordens de Não-Reanimação. In: Urban CdA, editor. Bioética Clínica. 1a. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 524 - 36.
28. Hillman KM, Bristow PJ, Chey T, Daffurn K, Jacques T, Norman SL, et al. Antecedents to hospital deaths. Intern Med J 2001;31:343 - 8.
29. Cherniack EP. Increasing use of DNR orders in the elderly worldwide: whose choice is it? J Med Ethics 2002;28(5):303 - 5.
30. Urban CdA, Silva IMd, Júnior RAA. Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. Rev Ass Med Brasil 2001;47(3):244 - 8.
31. Boyd K. Deciding about resuscitation. J Med Ethics 2001;27(5):291 - 4.
32. Watt H. Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation: commentary 3: Degrading lives? J Med Ethics 2001;27(5):321 - 3.
33. Hale DB. A pretty pass: when is there a right to die? Clin Med 2003;3(2):142 - 7.

34. Brett AS, McCullough LB. When patients request specific interventions: Defining the limits of the physician's obligation. *N Engl J Med* 1986;315(21):1347 - 51.
35. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações Éticas nos Cuidados Médicos do Paciente Terminal. *Bioética* 1993;1(2):129 - 38.
36. Paterson C. On Killing versus Letting Die in clinical practice: mere sophistry with words? *J Nurs Law* 2000;6(4):25 - 44.
37. Oliveira F. A finitude da vida. In: Oliveira F, editor. *Bioética uma face da cidadania*. 2a. ed. São Paulo: Moderna; 1997. p. 17 - 24.
38. Suescún FM. La Eutanasia: Posición De La Iglesia. In: *Bioética CND*, editor. 2° Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe; 1999; Bogotá: CENALBE; 1999. p. 321 - 36.
39. França CCNdÉpaSeCdVd. Final de vida, terminando a vida, eutanásia. *O Mundo da Saúde* 2002;26(1):194 - 203.
40. Baraldi S, Silva MJPd. Reflexões sobre a influência da estrutura social no processo da morte-morrer. *O Mundo da Saúde* 2002;26(1):174 - 7.
41. França GVd. Direito de Viver e Direito de Morrer: um enfoque ético-político sobre a eutanásia e o suicídio assistido. In: Urban CdA, editor. *Bioética Clínica*. 1a. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 537 - 44.
42. Gentzler J. What is a Death with Dignity? *J Med Philos* 2003;28(4):461 - 87.
43. Ardita MG. Dignidade Humana. In: Leone S, Privitera S, Cunha JTd, editores. *Dicionário de Bioética*. 1a. ed. Aparecida: Santuário; 2001. p. 275 - 8.
44. Campell CS. Suffering, Compassion, and Dignity in Dying. *Duquesne Law Rev* 1996;35(1):109 - 24.

45. Rodriguez E. The Arguments for Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: Catholic Response. *Linacre Q* 2003;70(1):60 - 73.

46. Allmark P. Death with dignity. *J Med Ethics* 2002;28(4):255 - 7.

4 O CONFLITO DA FUTILIDADE TERAPÊUTICA

4.1 Introdução

A medicina intensiva tem proporcionado dois grandes serviços para os pacientes com doenças severas: diagnóstico e monitorização intensa, muitas vezes invasiva, permitindo o precoce reconhecimento e tratamento dos problemas clínicos, além do suporte avançado de vida, possibilitando a sobrevivência, por maior tempo, de pacientes com doenças ameaçadoras a vida. Para perseguir esta missão, a medicina intensiva utiliza a arte e a tecnologia. Essa dramática habilidade das várias tecnologias empregadas na UTI com o objetivo de prolongar a vida tem orientado sua própria avaliação, embasada em um modelo de resultados enfocados na morbidade e na mortalidade. No entanto, em casos de suporte avançado de vida, a meta terapêutica, muitas vezes, durante o curso dos cuidados, pode mudar de direção, no sentido de evitar estender o ciclo vital para permitir o fim de vida.

Pacientes recebendo suporte avançado de vida, freqüentemente têm diagnósticos e prognósticos incertos no curso de suas doenças. Tecnologias mantenedoras da vida são ofertadas enquanto a incerteza do prognóstico se afirma, porém, não raro, mesmo durante o período de incertezas, elas são suspensas temporariamente para se obter uma base experimental da capacidade de reversão do quadro de falência orgânica, por exemplo: métodos dialíticos para insuficiência renal e ventilação mecânica para insuficiência respiratória. Autores têm sugerido que esse período poderia ser utilizado não somente para uma base experimental de reversão do quadro clínico, mas

também para discussão e negociação entre os desejos dos pacientes, usualmente hipotetizados e raramente conhecidos, e a visão dos membros da família e equipe médica sobre tecnologias específicas, suas utilidades e prováveis efeitos (1).

Nas últimas décadas, tem sido observado, nos Estados Unidos, notável mudança de comportamento tanto na população como entre médicos quanto à suspensão ou não-oferta de terapias mantenedoras da vida. Antes, o percebido pelos médicos como obrigação de preservar a vida a todo custo, hoje se está transformando no reconhecimento médico de a meta dos cuidados de saúde, a qual determina o plano de tratamento, ser dos pacientes e não dos próprios médicos. Há consciência entre os médicos intensivistas americanos de os cuidados intensivos nos dias atuais estarem sendo recusados ou suspensos muito mais freqüentemente do que antes (2).

Os avanços tecnológicos têm facilitado os cuidados intensivos e o suporte de vida durante a doença crítica mas, bem seguido, sem modificar a patologia subjacente ou o processo de morrer. O desafio atual passa a ser, portanto, menos uma aplicação dessas técnicas e mais um objetivo defensável da decisão de iniciar ou não, manter ou suspender terapias mantenedoras da vida, não somente para o benefício do doente mas também para assegurar o uso efetivo e eficiente de recursos escassos e finitos.

Existe uma ampla variabilidade nas práticas de cuidados intensivos envolvendo questões de final de vida. A freqüência com que as decisões de suspensão de terapias mantenedoras da vida são tomadas, o tempo de retirada do tratamento, e as modalidades dessas suspensões varia consideravelmente não somente de um país para outro mas também entre

UTIs dentro de um mesmo país. Tipicamente, o prognóstico torna-se óbvio tardiamente na evolução da doença crítica e, infelizmente, os sistemas de escores de gravidade disponíveis não proporcionam suficiente acurácia em prever resultados para pacientes individuais e, assim, possibilitarem auxílio para tomar decisões relacionadas aos cuidados no final de vida (3).

Em 1996, o Serviço Nacional de Saúde Britânico procurou racionalizar esse processo com a publicação de diretrizes para os cuidados intensivos: a) o serviço de cuidados intensivos é para pacientes com potenciais condições de recuperabilidade, os quais se beneficiariam de observações mais detalhadas e tratamentos invasivos do que poderia seguramente ser proporcionado em leitos hospitalares; b) os cuidados intensivos deveriam dispor de uma equipe operacional baseada em cuidados multidisciplinares e efetiva comunicação, além de consultores para assessoramento de referência quando possível; c) caso os cuidados intensivos venham a servir somente para estender a morte, ao contrário de reverter uma patologia subjacente, a adequada admissão do paciente na unidade deveria ser considerada à luz da sua reversibilidade, comorbidades associadas, estado clínico, ou preferências escritas; d) uma vez admitido, a apropriada continuidade dos cuidados deveria ser feita tanto quanto praticável após completa discussão da equipe de cuidados intensivos, com a equipe de referência, paciente e familiares; e) a decisão de limitar tratamento gera a opção de alta do paciente da unidade proporcionando conforto a ele ou suspendendo o suporte ventilatório.

Apesar dessas diretrizes editadas pelo Serviço Nacional de Saúde Britânico, uma pesquisa realizada após um ano de sua publicação, em treze unidades de cuidados intensivos, na região oeste de Yorkshire, verificou

existirem critérios contraditórios na tomada de decisão relacionada à não-oferta ou suspensão de terapias mantenedoras da vida para pacientes com patologias similares. O estudo concluiu que o desafio para a credibilidade profissional de todos os envolvidos nos cuidados intensivos é tomar decisões de forma consciente, objetiva, moral e legalmente justificadas, quando se considerar a oferta ou a suspensão de terapias mantenedoras da vida (4).

A ciência em si mesma é amoral e somente a ética lhe confere alternativa de moralidade. O método científico é um instrumento e a ética é o seu aval; o método científico é o que dissemos ser a ciência e a ética, a consciência. Os médicos não são apenas profissionais, cientistas ou detentores da arte de curar, vão além disso, sendo agentes de aperfeiçoamento moral de sua comunidade (5).

A consultoria ética tem sido introduzida dentro da prática da medicina como um caminho para ajudar os médicos, pacientes e familiares, a construir decisões sobre o tratamento médico, quando estão envolvidos em conflitos de valores.

Schneiderman e colaboradores desenvolveram, nos Estados Unidos, um estudo prospectivo, randomizado, controlado, de intervenção em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos, com o objetivo de avaliar o impacto da consulta ética nos pacientes, familiares, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, no tempo de internação na UTI e no tratamento. A hipótese era de médicos, pacientes e familiares concordarem ou fortemente concordarem de a consulta ética na UTI ter um importante papel: auxiliar na análise de questões éticas; educar sobre questões éticas, bem como resolvê-las. Considerando isso, seriam reduzidos os dias de internação na UTI e interrompidos os

tratamentos agressivos de suporte de vida para pacientes sem possibilidade de sobreviver. Os resultados mostraram que a avaliação do impacto da consulta ética é factível, visto ela poder levar à redução de tratamentos não-benéficos e dias de internação para aqueles pacientes com morte estimada dentro do período de internação, constituindo-se em tratamento fútil e não-desejável (6).

Retomar a caminhada da humanização na medicina exige valorizar a solidariedade aos pacientes, respeitar seus valores morais e resolver conflitos com equilíbrio, bom senso e humildade. A medicina tem transformado o médico em profundo conhecedor de exames complexos, precisos e especializados, porém, em muitos casos, torna o médico ignorante em aspectos humanos presentes no paciente ao qual presta assistência (7).

O debate corrente sobre futilidade médica é um dos temas mais importantes e discutidos em ética médica. Proponentes da opinião de futilidade ser definida como uma conclusão médica sobre uma terapia não ter valor para o paciente, não devendo ser prescrita, acreditam que permitir aos médicos determinar o não-início de terapias fúteis não iria causar distúrbios no modelo corrente de ética médica. O modelo atual busca e enfatiza o respeito pela autonomia do paciente, levando em conta o consentimento informado e o direito de o paciente recusar tratamentos. Existem aqueles com o conceito de futilidade médica ser simplesmente uma forma inaceitável de paternalismo médico e ainda outros defensores de uma posição intermediária, na qual os médicos poderiam prognosticar futilidades, apesar de não necessariamente justificar a imposição de decisões de suspender terapias mantenedoras da vida.

Existem terapias fisiologicamente implausíveis nas quais os efeitos fisiológicos são avaliados contra o objetivo sobre o qual tanto o médico quanto o paciente concordam. Existem terapias muito improváveis de produzir um benefício pessoal ou fisiologicamente desejado e outras ainda não validadas, usualmente de baixa probabilidade, porém plausíveis, para as quais não há experiência clínica capaz de comprovar seu benefício. Além disso, muitas terapias, apesar de demonstrarem efeitos fisiológicos importantes, o julgamento médico concluiu não serem benéficas para os pacientes, e desse modo, consideradas desproporcionais (8).

Atualmente, quase um quarto dos norte-americanos morrem nas UTIs e a maioria destas mortes, em torno de 90 % em alguns centros, são precedidas da limitação de tratamentos mantenedores da vida. Embora exista significativa variedade na prática clínica no resto do mundo, essa tendência claramente está sendo monitorada em nível internacional. Uma vez que a morte precedida de limitação de tratamento mantenedor da vida é, nos dias atuais, o caminho mais comum para morrer na UTI, questiona-se o fato de a medicina intensiva estudar cuidadosamente, em mínimos detalhes, o suporte hemodinâmico e ventilatório mas não dar tanta atenção para melhorar o entendimento e a prática do manejo dos seus cuidados. É necessária muita cautela, visto não ser ilógico concluir que a intenção de suspender tratamentos para um paciente em estado confortável seria deliberadamente encurtar a vida. Enquanto se diz ser a eutanásia um erro, a medicina intensiva precisa estar atenta e conhecer as implicações lógicas, como as referências à eutanásia ativa não-voluntária, pela suspensão de terapias mantenedoras da vida e início de sedação. A falha em seguir um protocolo de tratamento a fim de atingir metas de cuidados leva a

ambigüidades e abre caminhos para debates e críticas. Urge na medicina, intensiva discussões de protocolos capazes de distinguir entre vários métodos e justificativas para limitar ou suspender de terapias mantenedoras da vida no referente ao tempo, ao evento e/ou até a prognósticos evolutivos (9).

As unidades de terapia intensiva tornaram-se um território onde a tecnologia, ao mesmo tempo que contribui, de forma decisiva, para salvar vidas, induz à adoção de condutas inadequadas. Até mesmo quanto à assimilação dessas tecnologias, muitas vezes inadequadas: primeiramente ela surge como complementar e, posteriormente, torna-se essencial, deixa de ser súdita e passa a soberana.

Os conhecimentos científicos são cumulativos, a construção dos valores éticos, não. A ética não é um ingrediente que, ao ser adicionado à técnica, torna-a mais suportável, ela é uma justificativa indispensável da ação médica para o bem-estar de toda a sociedade.

“ Talvez, com o tempo, descubrais tudo aquilo que se pode descobrir e, contudo, o vosso progresso não será mais do que uma progressão, deixando a humanidade sempre cada vez mais para trás. A distância entre vós e ela pode, um dia, tornar-se tão profunda que o vosso grito de triunfo diante de alguma nova conquista poderia receber como resposta um grito universal de pavor”.

Bertold Brecht (A vida de Galileu) (10).

4.2 O que é um tratamento fútil em medicina?

O termo “Futilidade” tem sido utilizado em medicina há mais ou menos uma década para designar aquelas ações médicas que, presumivelmente, não lograrão um determinado resultado no paciente. O termo provém da literatura anglo-saxônica embora seu conceito já se encontre no corpo hipocrático e na república de Platão. Do ponto de vista semântico, deriva do latim “futilis” que significa uma ação inútil, não-confiável para lograr um fim desejado. Do ponto de vista estritamente médico, valoriza-se unicamente a capacidade de um tratamento produzir um efeito sobre certos parâmetros biológicos no paciente e, do ponto de vista ético, significa um tratamento incapaz de oferecer uma esperança razoável de benefício ao enfermo, impondo, tanto a ele mesmo quanto à sua família e à sociedade, uma carga pesada por retardar a morte e prolongar sua agonia (11).

O conceito de futilidade terapêutica é algo novo em medicina, e os médicos não são nem estão preparados para reconhecer quando um procedimento é fútil. Eles enxergam no paciente mais uma oportunidade terapêutica ou um desafio clínico e menos uma pessoa com seus plenos direitos. Assim, revela-se a fraqueza do conceito de futilidade terapêutica em evitar a ocorrência do excesso de tratamentos aos pacientes criticamente doentes. Bem mais confortável seria ofertar suporte ventilatório mecânico a um paciente com insuficiência respiratória em fase final de vida, do que pôr em pauta discussões prévias, envolvendo médico, paciente e familiares, abordando tecnologias disponíveis quer sejam elas benéficas ou não.

Uma ação pode ser fútil em uma circunstância e não em outra, porque essa qualidade reside mais na análise do objetivo do que nas características de sua própria natureza. Os atos médicos sempre estiveram destinados a lograr o bem-estar do paciente, objetivo central da medicina já manifestada no século XV com a expressão anônima “curar às vezes, aliviar freqüentemente e confortar sempre”. A existência de ações médicas fúteis constitui uma realidade reconhecida historicamente na prática médica, mas só recentemente se fez imprescindível a análise dos problemas morais. O conceito de futilidade implica sempre uma consideração valorativa global de uma ação a respeito do objetivo final do tratamento e não somente de uma ação pontual. Não existe uma medida instrumental de qualidade de vida, porque esta avaliação só pode efetuar-se a partir da enfermidade “aqui e agora” ao serem dimensionados não somente aspectos físicos mas também emocionais e sociais envolvidos. A futilidade aparece assim como um produto da decisão individual, absolutamente única e singular, particular de cada um, ligada ao objetivo da vida e da natureza essencialmente qualitativa (12).

No passado o conceito de futilidade ligava-se à carência de recursos da própria ciência e à sua impotência em afetar o curso das doenças. Hoje, seu significado e aplicabilidade têm tomado uma importância cada vez maior, na medida em que a incorporação da tecnologia na área da saúde nem sempre tem significado sucesso terapêutico. A ação médica sempre produz um efeito no paciente, a questão é discernir se esse efeito é benéfico ou maléfico (13).

É nítido que as UTIs passaram a receber não apenas pacientes com quadros agudos, mas também pacientes com doenças crônicas incuráveis que se apresentam com intercorrências clínicas das mais diversas e são

contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos pacientes agudamente enfermos.

A definição de paciente crônico criticamente doente continua a evoluir e os princípios morais gerenciadores dos cuidados deles, também continuam sendo os mesmos aplicados para doenças agudas. Alguns pacientes tornam-se crônicos e criticamente doentes em razão de decisões referentes a não-oferta ou suspensão de terapias mantenedoras da vida, as quais não poderiam ser tomadas durante a fase aguda da doença. Talvez em alguns casos, isto seja resultado da falha em comunicar ou conhecer os próprios desejos dos pacientes. Por outro lado, a duração da doença crônica também é uma oportunidade para se ter a esperança de alcançar a solução de alguns conflitos morais (14).

Cada vez mais surgem dúvidas sobre até quando um tratamento deve prosseguir pois a morte, muitas vezes, não é iminente para os enfermos já vencidos pela doença. Conflitos referentes à existência ou não de diferenças éticas entre não ofertar e suspender tratamentos e quais critérios servirão para escolher qual terapia deverá ser suspensa ou não-iniciada, são reais no dia-a-dia do médico intensivista. Quando o prognóstico torna-se obscuro, como não raro acontece, é difícil trocar o curso da ação e comum a manutenção de esforços heróicos mesmo diante de dados que predizem tristes resultados.

Um estudo transversal realizado no IX Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva, em abril de 2000, procurou avaliar o comportamento dos profissionais de saúde que trabalham em UTI diante de pacientes com prognósticos reservados. O estudo demonstrou que, durante as discussões sobre não-oferta ou suspensão de tratamentos, os médicos estavam sempre

envolvidos e em 29,5 % das vezes, eram os únicos profissionais a participarem do processo. A sedação e a analgesia foram as medicações menos comumente suspensas ou não ofertadas e os métodos dialíticos os mais freqüentemente suspensos ou não oferecidos. O diagnóstico e o prognóstico de uma enfermidade foram os fatores com maior freqüência levados em consideração para a recusa de admissão na UTI (15).

Os cuidados de saúde têm tradicionalmente sido baseados em assumir que a vida humana é preciosa e ela deveria ser preservada tanto quanto possível. Apesar de louvável, esse importante princípio não proporciona um completo entendimento dos vários princípios éticos a serem considerados quando ocorre a não-oferta ou é realizada a suspensão de terapias mantenedoras da vida.

O princípio da não-maleficência refere que, quando um tratamento não pode, de forma constante, proporcionar razoáveis benefícios ou vier a se tornar um fardo inaceitável, ele deveria ser suspenso. O princípio da beneficência refere que a obrigação de promover o bem ao paciente implica identificar os possíveis benefícios e danos sob a perspectiva do paciente. Pelo princípio da equidade distributiva, é possível verificar, a partir da oferta de tratamentos mantenedores da vida considerados inapropriados, a injustiça na distribuição de recursos.

Tratamento fútil é aquele determinado nas bases do conhecimento médico e experiência pelo atendimento clínico dos pacientes, assegurando promessas sem sentido, com o único objetivo de proporcionar bem-estar aos pacientes, diferente de cuidados paliativos, esses nunca são fúteis. Assim, quando existem dúvidas em relação aos possíveis benefícios ou danos de um

tratamento, sua experimentação com tempo limitado deveria ser usualmente assumida e todas as partes envolvidas na tomada de decisão precisariam estar conscientes de tais decisões poderem alterar-se a qualquer tempo, se houver uma alteração nas condições clínicas do paciente (16).

Segundo Paul Rousseau, a decisão de não ofertar ou suspender tratamentos deveria ser baseada em quatro condições: a - desejo dos pacientes; b - indicações médicas; c - benefícios e danos do tratamento e d - qualidade de vida, possíveis de resultar do tratamento. Um tratamento deveria ser considerado fútil quando: a - ele não serve para nenhuma proposta útil que pode ser subjetiva; b - ele causa dor e sofrimento desnecessários; c - ele não alcança a meta de restaurar a saúde do paciente para uma aceitável qualidade de vida. Portanto, o médico, antes de concluir que um tratamento é ético e medicamente fútil, deverá fazer a si mesmo quatro perguntas: 1 - a intervenção proporciona benefícios para o paciente? (princípio da beneficência). 2 - A intervenção proporciona maiores fardos do que benefícios? (princípio da não maleficência). 3 - Quais são os desejos e preferências do paciente ou tutor legal? (princípio do respeito à autonomia). 4 - Quais são os custos físicos, sociais, econômicos que a intervenção irá envolver? (princípio da justiça) (17).

4.3 Limitar ou não ofertar e suspender terapias mantenedoras da vida: existem diferenças éticas entre elas?

Em um universo multidimensional dos cuidados críticos, alguns acreditam na existência de diferenças éticas entre não ofertar e suspender tecnologias mantenedoras da vida. Se o resultado percebido é uma inevitável

morte, então não haveria problema em permitir que a natureza seguisse seu curso, não tentando impedi-la, pois mais cedo ou mais tarde ela virá. Contudo, uma vez instituído o suporte mantenedor da vida, ficam claros e impossível de ignorar os resultados imediatos que estão aos olhos de todos. O paciente tem, nesse momento uma opção para sobreviver que não tinha antes, mesmo se está dependente de uma terapia de suporte. Uma vez isto ocorrido, médicos, pacientes e familiares são forçados a olhar para uma realidade em que suas decisões estão inseparavelmente ligadas e na qual o resultado não muito longe é inevitavelmente fatal.

Existem agora variáveis passíveis de controle e, assim, fica mais fácil entender que uma decisão de suspender tratamentos já iniciados pode apressar a morte ao invés de evitar prolongá-la (18). Outros sustentam ser errôneo acreditar que suspender uma terapia mantenedora da vida é moralmente ou legalmente diferente de não iniciá-la, não existindo, portanto, relevância moral entre elas. Segundo esses, a moralidade é um sistema público, guia ao comportamento racional das pessoas, um sistema constantemente utilizado no dia-a-dia de nossas decisões.

O compromisso médico para sustentar a vida e aliviar sofrimento existiria dentro de um sistema público moral e, quando essas duas obrigações parecerem entrar em conflito, o médico deveria escolher o ato moral mais correto: a ação ou omissão que melhor serve ao interesse do paciente. Se o enfermo está competente, suas preferências pessoais deveriam prevalecer. Se estiver incompetente e suas preferências não tiverem sido previamente indicadas, um responsável legal deveria ser identificado. Assim, as decisões deveriam basear-se no melhor interesse dos pacientes, dando preferência,

primeiramente, ao seu bem-estar e, por último, à relação risco-benefício do tratamento, salvaguardando o direito do médico de não utilizar tratamentos os quais, tenham sido, provavelmente ineficazes (6).

Questões em torno da alocação de recursos estão aumentando de importância e os médicos que tomam uma decisão para investir em um tratamento mantenedor da vida deveriam estar conscientes de todas as conseqüências daquela decisão e não somente daquelas relacionadas aos resultados imediatos. Faz-se necessário e importante ter consciência de quais terapias mantenedoras da vida deveriam ser empregadas para prestar assistência aos pacientes durante o seu período crítico até o momento de sua recuperação, mas seria impróprio e, portanto, má medicina, empregá-las em situações sem nenhuma expectativa de recuperabilidade.

O ato de tratar exprime a relação de solidariedade entre as pessoas, cujo interesse comum é a saúde, acarretando-lhes a obrigação moral de não causar danos. Os cuidados proporcionados são intervenções que levam em conta o estado da pessoa, as implicações pessoais exigidas, tratando de avaliar os benefícios de uma ação numa perspectiva global que diga respeito ao indivíduo e à sociedade referente aos custos (19). Aqueles que sustentam a existência de diferenças éticas entre não ofertar e suspender terapias mantenedoras da vida, afirmam que, quando uma terapia foi alocada de forma justa, seria eticamente incorreta sua remoção, mesmo para ofertá-la a alguém com um clamor equivalente. Segundo esses, presume-se que o médico terá, como primeiro recurso, para o seu julgamento clínico dos benefícios e danos de uma terapia, o prognóstico provável de sobrevivência do paciente que é relativamente livre de valores para, posteriormente, seguir uma avaliação da

provável qualidade de vida baseada na visão do paciente e na opinião dos familiares(20).

4.4 Conclusão

No universo das unidades de tratamentos intensivos, o conceito de futilidade médica é freqüentemente mencionado nas discussões sobre não-oferta ou suspensão de terapias mantenedoras da vida. Clara está a existência de amplo desconforto na aplicação de terapias consideradas fúteis, bem como a falta de preparo, tanto dos médicos intensivistas quanto da equipe de saúde, em lidar com os cuidados dos pacientes em final de vida.

Critérios para estabelecer futilidade terapêutica deveriam estar alicerçados na terminalidade da doença, na irreversibilidade da moléstia e na iminência da morte (21).

Segundo Robert Veatch, é do médico a competência em definir se uma intervenção terá ou não efeito e isso não seria um problema. O problema real são aqueles cuidados com um efeito e que os médicos acreditam não trazer benefícios. Assim, é um tipo de julgamento não alicerçado na ciência, mas enraizado em crenças e valores sobre os quais pessoas inevitavelmente discordam (22).

Para Ran Anbar (23), claro está que, quando existem dúvidas, sempre a vida é a melhor escolha e, portanto, se ela for errada, a morte permanecerá uma opção, do contrário uma opção que leva a morte é sempre irrevogável. Algumas vezes é um direito não levar adiante um desejo do paciente ou de seu familiar. Outras, uma preferência expressa não se aplica a uma circunstância inesperada e, em outras, o paciente poderá mudar o seu pensamento. Logo,

para ele, parte da arte da medicina é aprender a reconhecer as circunstâncias nas quais o médico terá de assumir a responsabilidade e o fardo de escolher pelo paciente.

A finalidade das UTIs é salvar vidas por meio de terapias invasivas e intensivas, bem como proporcionar paz e evitar indignidades durante o processo de morte quando essa é inevitável, não devendo ser vista como falência médica. Dentro dos cuidados intensivos, a oferta de terapias fúteis viola o princípio da não-maleficência e, por ter esse princípio o significado de provocar o mal intencional configura-se má prática médica.

Referências

1. Cook DJ, Giacomini M, Johnson N, Willms D. Life support in the intensive care unit: a qualitative investigation of technological purposes. *Can Med Assoc J* 1999;161(9):1109 -.
2. Snider GL. Withholding and Withdrawing Life-sustaining Therapy. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;151:279 - 81.
3. Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, Cassell J, Cox P, Hill N, et al. Challenges in end-of-life care in the ICU: Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care. *Intensive Care Med* 2004;30:770 - 84.
4. Ravenscroft AJ, Bell MDD. End-of-Life decision making within intensive care - objective, consistent defensible? *J Med Ethics* 2000;26(6):435 - 40.
5. Gottschall CAM. Bioética e seus fundamentos. *Revista AMRIGS* 2003;47(4):300 - 3.
6. Rivera JR, Granados PA, Echevarría JR, Isales R. The Withholding and Withdrawal of Medical Treatment: Moral Principles and the Law. *Bol Assoc Med P R* 2000;92(1):83 - 8.
7. Spadari MJ. Procurando o Lado Humano da Medicina: Existe outro? *Revista AMRIGS* 2004;48(1):39 - 42.
8. Miles SH. Medical Futility. *Law Med Health Care* 1992;20(4):310 - 5.
9. Truog RD, Burns JP. Excellence in end-of-life care: a new goal for intensivists. *Intensive Care Med* 2002;28:1197 - 9.
10. Siqueira JEd. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. *Bioética* 2000;8(1):55 - 67.

11. Butera JM. Futilidad médica Conceptos y problemas. *Nexo Rev Hosp Ital Bs As* 1998;18(2):33 - 8.
12. Gherardi CR. Reflexiones sobre la futilidad médica. *Perspect Bioeticas Am* 1998;3(6):59 - 71.
13. Mota JAC. Quando um tratamento torna-se fútil? *Bioética* 1999;7(1):35 - 39.
14. Papa-Kanaan JM, Sicilian L. Ethical Issues in the Chronically Critically ILL Patient. *Clin Chest Med* 2001;22(1):209 - 17.
15. Moritz RD, Dantas A, Matos JDd, Machado FO. O comportamento do médico intensivista brasileiro diante da decisão de recusar ou suspender um tratamento. *RBTI* 2001;13(1):21 - 8.
16. Document MBCC. Considerations Regarding Withholding/Withdrawing Life-Sustaining Treatment. *Bioethis Forum* 1998;14(2):SS1 - 8.
17. Rousseau P. Ethical and Legal Issues in Palliative Care. *Prim Care* 2001;28(2):391 - 400.
18. Crippen D, Levy M, Truog R, Whetstine L. Debate: What contitutes terminality and how does it relate to a living will? *Crit Care* 2000;4(6):333 -8.
19. Marcoux H. Cuidados Adaptados. In: Hottois G, Parizeau M-H, editors. *Dicionário da Bioética*. 1a. ed. Lisboa: Instituto Piaget; 1993. p. 110 - 4.
20. Mclean SAM, Booth M. Withholding and Withdrawing Life-Prolonging Treatment. *Med Law Int* 1998;3(2-3):169 - 82.
21. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD. Impact of ethics consultation in the intensive care setting: A randomized, controlled trial. *Crit Care Med* 2000;28(12):3920 - 4.

22. Veatch RM, Spicer CM. Medically Futile Care: The Role of the Physician in Setting Limits. *Am J Law Med* 1992;18(1 and 2):15 - 36.
23. Anbar RD. The Closure and the Rings: When a Physician Disregards a Patient's Wish. *Pediatr Pulmonol* 2001;31(1):76 - 9.

5 FUTILIDADE TERAPÊUTICA E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: ANÁLISE DE UM ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVO

5.1 Introdução

Reformular as metas dos cuidados em unidades de tratamento intensivo, partindo, muitas vezes, da cura para o conforto, torna-se necessário nos dias atuais. Em virtude do arsenal farmacológico e dispositivos mecânicos disponíveis, anormalidades fisiológicas antes fatais, hoje podem ser revertidas. Em vários casos, pacientes apresentam lesões orgânicas severas, passando a depender da terapia intensiva para continuar sobrevivendo.

As decisões médicas têm sido atualmente influenciadas por três grandes tendências sociais: a reivindicação pública de os pacientes ter autoridade para fazer escolhas sobre seu tratamento; a pressão para remodelar o financiamento dos cuidados de saúde e assim limitar o crescimento dos custos desses cuidados; a necessidade de distribuição justa de benefícios e danos na alocação dos recursos disponíveis e escassos (1).

O conhecimento de, nos Estados Unidos da América do Norte, mais de 80 % das mortes em UTI ocorrerem após terapias serem suspensas ou não-iniciadas e fatores como diretivas de pacientes e seus familiares, com suas variabilidades culturais e religiosas, custos e probabilidade de sobrevivência prolongada, doenças em fase aguda e crônica, experiências clínicas e fatores legais influenciarem a tomada de decisão, motivou um estudo, em 2002 no Canadá. Esse estudo teve por objetivos examinar a experiência dos residentes

em terapia intensiva com relação à retirada de suporte de vida e avaliar os determinantes demográficos, clínicos e educacionais envolvidos. Os autores concluíram que a aquisição de conhecimento e atitudes capazes de auxiliar a desenvolver cuidados compassivos no final de vida na UTI deve ser uma prioridade educacional. Os residentes foram claros quanto às necessidades de aumentar a interatividade entre profissionais e familiares, bem como motivar discussões baseadas em casos clínicos e experiência com aspectos práticos e éticos relacionados aos tratamentos de suporte de vida (2).

Embora seja amplamente aceito que o consentimento informado, obtido do paciente ou de seu tutor, é necessário antes de um tratamento médico, as atitudes em relação à necessidade de um consentimento informado com o objetivo de suspender terapias mantenedoras de vida diferem entre países. Um estudo realizado, em 2003, no centro médico da Universidade Hebráica Hadassah, envolvendo 385 pacientes internados em UTI, procurou avaliar as comunicações e limitações de tratamento no final de vida, baseadas no treinamento dos médicos. As discussões com familiares de pacientes quanto à suspensão de terapias mantenedoras da vida foram restritas a ordens de não-reanimação ou de não-oferta de novas terapias. Acreditava-se que, diferente de países ocidentais, a suspensão de terapias era raramente realizada em Israel. Nesse estudo, os pacientes foram divididos em dois grupos: o daqueles atendidos por médicos treinados nos Estados Unidos e o de outros cuidados por médicos treinados no leste europeu. Os resultados do estudo mostraram ser comum a suspensão de terapias mantenedoras da vida em Israel e médicos treinados nos Estados Unidos, diferentemente daqueles treinados no leste europeu, discutirem mais com os familiares a suspensão das terapias e

documentarem em maior número essas discussões nos prontuários dos pacientes (3).

No Brasil, um estudo desenvolvido por Moritz, em 2004, procurou avaliar a atitude dos profissionais de saúde diante da morte. Esse estudo mostrou que, após um processo educativo com os profissionais, as decisões de discutir com familiares sobre a morte e sobre o processo de morrer tenderam a ser mais freqüentes. Além disso, o estudo demonstrou que a angústia gerada em relação ao reconhecimento de a profissão ligada à saúde obrigar a conviver com a morte, foi mais evidente na UTI, principalmente quando abordada a questão da futilidade ou inutilidade dos custos e tratamentos. Segundo Moritz, a decisão final e a responsabilidade legal do tratamento de um paciente são do médico e sua responsabilidade de liderança diante da morte não deve ser delegada a outros membros da equipe, apesar das valorosas e necessárias participações, das informações e opiniões dispensadas por todos os membros da equipe (4).

A equipe de tratamento intensivo e, dentro desta, principalmente o médico intensivista, freqüentemente está diante da decisão de suspender ou não-ofertar determinada terapia, apesar de ela estar disponível. Muitas vezes existem discordâncias, em torno da futilidade, entre familiares e equipe; conflitos e angústias são geradas, repercutindo, de forma negativa, tanto para os profissionais que trabalham na UTI quanto para os familiares e, principalmente, para a assistência do paciente.

Tem-se considerado fútil um tratamento, quando apresenta menos de 1 % de chance de sucesso ou se, provavelmente, nunca terminará com a dependência dos cuidados intensivos. Portanto, essa terapêutica não deveria

ser proporcionada (5). Admite-se que o desenvolvimento de estimativas acuradas e objetivas de probabilidade para predizer resultados em unidades de tratamento intensivo é meta importante a ser alcançada dentro do contexto das UTIs. A habilidade para determinar, de forma acurada, o prognóstico, tanto no momento do ingresso na unidade quanto na resposta subsequente ao tratamento, melhoraria, de forma consistente, a prática médica no ambiente de cuidados intensivos. A avaliação do risco quantitativo não somente realçaria a prática clínica, como também contribuiria para avaliar a qualidade dos cuidados dispensados aos pacientes e permitiria justa distribuição dos recursos disponíveis (6).

Quando um tratamento fútil, no sentido de medicamento inapropriado ou não-benéfico, pode ser recusado aos pacientes ou suspenso? Somente quando os pacientes recusarem aceitá-lo? Ou pode ele ser também suspenso ou não-ofertado quando profissionais tiverem a consciência de sua inutilidade?

Claramente a sociedade e, dentro dela, a comunidade bioética, está frente a um grande problema. A necessidade de estruturar a questão da futilidade mostra que esse debate deve ser encarado como uma oportunidade de desenvolver metodologias e procedimentos capazes de preencher as expectativas dos médicos, dos pacientes, dos familiares e do público em geral. O caminho para isso deve proporcionar o balanço entre: a) o desejo dos médicos de assistir os pacientes aos seus cuidados sob o enfoque de tratamentos medicamente apropriados, respeitando o princípio da beneficência e da não-maleficência; b) o desejo dos pacientes de escolher entre as alternativas possíveis de tratamento, respeitando sua autonomia; c) o desejo

da sociedade de manter um eficiente, equilibrado e eqüitativo sistema de cuidados com a saúde, respeitando o princípio da justiça (7).

Muitos esforços têm sido dispensados nesse sentido nas últimas décadas, procurando predizer a severidade da doença na população de pacientes internados em UTI e, também o seu prognóstico. O maior esforço foi o sistema de avaliação fisiológica de doenças agudas e crônicas (APACHE). Das três versões, a última (8) provou ser um sistema altamente preditivo. Porém, tais sistemas proporcionaram prognósticos acurados para grupos e não para indivíduos. Tentativas, então, foram direcionadas para o desenvolvimento de modelos de avaliação prognóstica diária (9, 10) mas, mesmo assim, o uso de escores para orientar decisões no sentido de suspender ou omitir tratamentos permanecem provocando intensos debates.

Em 2002, Terzi e colaboradores (11) desenvolveram um modelo de avaliação prognóstica individual para pacientes internados em unidades de tratamento intensivo, o modelo UNICAMP, fruto da análise de um banco de dados oriundo de um hospital universitário brasileiro e comparado a outros modelos publicados na literatura. Além de ter sido verificada sua validade e retratada a realidade brasileira, pode-se salientar, entre seus méritos, a estimativa de risco individual atribuir um escore único para todos os pacientes, independente da causa que motivou a internação na UTI.

A Sociedade Americana de Medicina Intensiva (*The Society Critical Care Medicine*) tem apoiado as decisões de limitação de tratamento em estágios finais de vida. Ela refere que pacientes para os quais pouco ou nenhum benefício pode ser obtido com mais tratamentos a serem ofertados na UTI, poderiam ser transferidos para outras unidades do hospital, assim como

os pacientes com doenças irreversíveis e terminais em iminente processo de morte. Além disso refere que a habilidade de um sistema de predição em discernir quais pacientes irão morrer oferece a possibilidade de alocar, de forma justa, os recursos na UTI e assim promover o princípio da justiça distributiva. O mecanismo para alcançar tal percepção deveria apresentar alta especificidade na determinação de quem irá morrer, quando poucos pacientes sobreviveriam se o tratamento fosse continuado ou se fosse suspenso (12).

A partir dessa discussão sobre futilidade terapêutica, questionamo-nos sobre quando e quais recursos técnicos mantenedores da vida disponíveis deveriam ser omitidos ou suspensos em pacientes com insuficiência respiratória, internados em unidades de cuidados intensivos.

5.2 Objetivos

Geral - Avaliar o risco evolutivo de probabilidade de morte individual para pacientes internados com insuficiência respiratória na UTI, utilizando o modelo UNICAMP II.

Específicos

1 - Estimar o grau de risco evolutivo dos pacientes que internaram com insuficiência respiratória na UTI, no período do estudo, e estruturar categorias de risco.

2 - Identificar quando as terapias mantenedoras da vida foram empregadas, o tempo de internação na UTI e o desfecho.

3 - Comparar o grau de risco evolutivo de probabilidade de morte individual e o desfecho morte em relação aos modelos UNICAMP II e APACHE II.

4 - Verificar se as terapias mantenedoras da vida podem ser limitadas ou suspensas para os pacientes que apresentem aumento progressivo da estimativa de risco de morte ≥ 90 % ao longo de sete dias de internação na UTI.

5.3 Método

Trata-se de um estudo de coorte prospectiva, observacional, desenvolvido em uma Unidade Geral de Tratamento Intensivo (UTI) com quatorze leitos, do Hospital Universitário São Lucas, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), na cidade de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. A coleta de dados realizou-se durante um período de dezesseis meses, com início em primeiro de setembro de 2002 e término em trinta e um de dezembro de 2003. Os critérios de inclusão foram: a) todos os pacientes internados na UTI, no período do estudo, motivados por quadro de insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada; b) os pacientes deveriam ser procedentes da unidade de emergência do Hospital São Lucas, dos leitos de internação hospitalar e da sala de recuperação anestésica do mesmo hospital. Os critérios de exclusão foram: a) os pacientes oriundos do centro cirúrgico para realizar recuperação pós-operatória previamente programada; b) os pacientes internados na UTI transferidos de outro hospital; c) os pacientes com complicações durante o ato cirúrgico necessitando de tratamento intensivo

imediatos; d) os pacientes que desenvolveram insuficiência respiratória após estarem internados na UTI por mais de vinte e quatro horas; e) os pacientes nos quais não foi possível a obtenção do consentimento informado. Definiu-se como critério de insuficiência respiratória o fato de os pacientes apresentarem, na gasometria arterial, pressão arterial de oxigênio menor ou igual a cinquenta Torr ($PaO_2 \leq 50$ Torr) ou pressão arterial de dióxido de carbono maior ou igual a cinquenta Torr ($PaCO_2 \geq 50$ Torr) independentemente da causa básica que a motivou.

Todos os pacientes internados na UTI durante o período do estudo que preenchiam os critérios de inclusão, foram acompanhados, durante o seu tempo de internação na unidade, desde o momento do ingresso até o desfecho: alta para a unidade ou óbito. O protocolo de acompanhamento consistiu da estimativa do risco provável de óbito, mensurado pelo índice prognóstico UNICAMP II (11), em um sistema evolutivo de sete dias, sendo registradas as estimativas de óbito no primeiro dia de internação e, subsequentemente, no terceiro, quinto e sétimo dia. Além disso, foram anotados: o tempo de internação na unidade, em dias; o momento do emprego das terapias mantenedoras da vida e, posteriormente, verificado o desfecho.

Utilizou-se igualmente o sistema de estimativa de risco de morte hospitalar APACHE II (13) como comparativo ao sistema UNICAMP II. Foram assumidas como terapias mantenedoras da vida: a ventilação mecânica invasiva, a hemodiálise, a nutrição parenteral total, as transfusões de sangue e derivados e as drogas vasoativas dopamina, dobutamina e noradrenalina. Definiu-se como benefício das terapias mantenedoras da vida, a sobrevivência do paciente, seguida de sua alta da unidade de tratamento intensivo para os leitos de

tratamento hospitalar e, como dano, o desfecho morte. Foi considerada como possível terapia fútil, a oferta de terapias mantenedoras da vida para aqueles pacientes com aumento progressivo do risco estimado de óbito ao longo dos sete primeiros dias de internação na UTI e ou risco estimado de óbito maior ou igual a noventa por cento ($\geq 90\%$).

5.4 Análise Estatística

Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva dos dados e, posteriormente, foram estruturadas categorias de morbidade, idade e tempo do emprego das terapias mantenedoras da vida. A seguir, foi verificada a distribuição da amostra, de acordo com o tempo médio de internação dentro da unidade, pelo teste t de Student para as variáveis dicotômicas, e a análise de variância (ANOVA) para as variáveis politômicas. A distribuição da amostra de acordo com o desfecho, bem como a relação das intervenções com o desfecho foram realizadas por meio do teste chi-quadrado. Posteriormente, utilizou-se a análise de variância para verificar as médias das estimativas de risco provável de óbito, pelo sistema UNICAMP II, no primeiro, terceiro, quinto e sétimo dia de internação e para compará-las com o desfecho.

Verificou-se, também, a sensibilidade, a especificidade, o valor preditivo positivo e o valor preditivo negativo da estimativa de risco UNICAMP II em relação ao desfecho, quando os pacientes apresentassem risco estimado de óbito maior ou igual a noventa por cento (90%). Para apurar a intensidade e a direção da associação linear entre os índices prognósticos UNICAMP II e APACHE II realizou-se o teste de correlação de Pearson. As estimativas de

risco de morte individual foram avaliadas usando um valor π (π) a partir do índice UNICAMP II e do índice APACHE II no primeiro dia de internação e, a seguir, verificados os ajustes estatísticos pelos valores de *Deviance* e *Akaike Information Criteria* (AIC). Quanto menores são os valores de *Deviance* e AIC, melhor é a qualidade dos ajustes. A mesma análise foi realizada para a estimativa de morte individual no sétimo dia.

Por considerarmos que a evolução do índice prognóstico durante os primeiros sete dias de internação na UTI contém informações importantes e complementares à medida prognóstica no primeiro dia, criamos, então, uma nova variável definida como variável de evolução prognóstica que é a diferença prognóstica do sétimo dia em relação ao primeiro dia. Um paciente que piora seu estado de saúde, aumentaria seu índice prognóstico e, conseqüentemente, essa nova variável tornar-se-á positiva, enquanto a melhora no estado de saúde tenderia a apresentar valores negativos. Para os pacientes com permanência por mais de sete dias na UTI, foi realizada uma análise pelos Modelos Lineares Generalizados (MLG) (14, 15), binomial, logístico, para previsão de risco de mortalidade na UTI π em função de algumas variáveis explicativas tanto para o índice APACHE II quanto para o UNICAMP II a saber: a) o índice prognóstico medido no primeiro dia; b) a evolução prognóstica nos sete primeiros dias; c) o sexo; d) a cor; e) a categoria de morbidade. Para verificar qual a melhor combinação de variáveis explicativas para cada índice prognóstico e para identificar qual dos dois índices é o mais eficiente, foram feitas comparações entre os vários modelos pelos valores de *Deviance* e AIC.

A estimativa do risco de morte individual π foi calculada da seguinte maneira: Y_i é uma variável aleatória binária que identifica o desfecho para o

paciente e segue distribuição binomial com probabilidade de óbito π_i . Estabeleceu-se uma relação linear entre a transformação logística com variáveis explicativas, onde η_i (nu) = $\log (\pi_i / (1-\pi_i)) = B_0 + B_1 \times$ índice prognóstico 1º dia + $B_2 \times$ índice de evolução prognóstica 7/1. Então $\pi_i = \exp (\eta_i) / (1 + \exp (\eta_i))$. Com base nesse modelo, foram calculados os valores de π para cada um dos pacientes que permaneceram na UTI por mais de sete dias, com o objetivo de avaliar eventuais diferenças nos valores de π para diferentes categorias de pacientes. A fim de verificar qual seria o melhor ajuste estatístico do índice prognóstico evolutivo π foram realizadas comparações pelos valores de AIC para Modelos Lineares Generalizados que utilizam duas variáveis explicativas: o índice prognóstico no dia da internação e a evolução no índice no terceiro, quinto e sétimo dia. A partir daí utilizando os melhores ajustes de π tanto para o índice APACHE II quanto para o UNICAMP II, foi calculado o nível de concordância entre ambos os sistemas preditivos por meio do índice Kappa quando $\pi \geq 0,5$.

Para verificar o comportamento da Curva de Características Operacionais (Curva ROC) para ambos os índices prognósticos, a partir dos dados do estudo, constatamos ser necessário um banco de dados muito maior. Então, como os dados obtidos no estudo representam a realidade, calculamos, inicialmente, um banco de dados virtual com cinco mil pacientes a partir do banco de dados obtido durante o estudo. Para realizarmos essa tarefa, primeiramente fixamos um índice prognóstico e um dia de internação (1º, 3º, 5º e 7º). Depois, estimamos os parâmetros do modelo de regressão logística para π , utilizando todos os pacientes disponíveis por dia de internação. Então, foram gerados cinco mil pacientes com valores do índice distribuídos ao acaso

entre zero e cem (0 e 100) e realizou-se o cálculo das estimativas de π utilizando o modelo ajustado aos dados. Fixou-se um valor do índice prognóstico (D_0) e foi classificado como possível óbito todo paciente cujo índice superasse D_0 (D_0 (%) = 1, 5, 10, 30, 40, 50 , 60 ,70, 80, 90, 95, 99). Associou-se óbito a cada um dos cinco mil pacientes em conformidade com a probabilidades π preditas pelo modelo que foi ajustado aos dados reais. Então foi calculado a porcentagem de possíveis óbitos entre todos os óbitos (sensibilidade) e a porcentagem de possíveis óbitos entre todas as altas (1 – especificidade) para cada valor de D_0 .

Por fim criou-se um banco de dados simulado de dez mil pacientes para os quais foi estimado o risco de óbito π utilizando os Modelos Lineares Generalizados que, além do índice prognóstico no 1º dia, incluíam a variável de evolução prognóstica. Foram estipulados níveis de evolução até o sétimo dia, como possível óbito (índice de evolução prognóstica) de - 20 %, - 10 % e + 10 %. Os valores positivos significaram piora prognóstica do paciente e valores negativos, melhora prognóstica e foi verificada uma nova Curva ROC para estimativa do possível óbito para cada um desses índices de evolução prognóstica.

5.5 Resultados

Durante o período de coleta de dados, internaram na UTI 166 pacientes com quadro de insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada e que preenchiam os critérios de inclusão no estudo. Desses, 16 pacientes foram excluídos por não ter sido possível a obtenção do consentimento informado. Os 150 pacientes restantes incluídos no estudo foram acompanhados desde o dia

de sua internação até o desfecho. Os dados demográficos são apresentados na tabela 1.

Variável	N (%)
Sexo	
Masculino	95 (63)
Feminino	55 (37)
Cor	
Branca	130 (86)
Preta	16 (11)
Parda	4 (3)
Idade (anos)	
Mínima	16
Máxima	95
Média (d. p.)	56,89 (19,22)
Morbidade Básica	
D. Neurológica	16 (10,7)
D. Neoplasica	29 (19,3)
D. Infeciosa	29 (19,3)
D. Cardiopulmonar	35 (23,3)
D. Renal	7 (4,7)
D. Gastrointestinal	4 (2,7)
D. Cirúrgica e trauma	18 (12)
D. Endócrina e Outras	12 (8)

Tabela 1: Variáveis demográficas da população em estudo. D = doença; d.p. = desvio-padrão

A distribuição da amostra em relação ao gênero e ao desfecho mostrou que, entre os 95 pacientes do sexo masculino, 59 (62,1 %) tiveram alta e 36 (37,9 %) foram a óbito e, entre os 55 pacientes do sexo feminino, 30 (54,5 %) tiveram alta e 25 (45,5 %) foram a óbito. Não houve diferença estatística entre os grupos ($p = 0,364$). Entre raça e desfecho, os dados mostram que, dos 150 pacientes, 130 eram brancos: 75 (57,7 %) tiveram alta e 55 (42,3 %) foram a óbito; 20 pacientes eram de cor preta ou parda e, desses, 14 (70 %) tiveram alta e 6 (30 %) foram a óbito. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos ($p = 0,297$). A idade foi classificada em 4 categorias: categoria 1 (até 30 anos); categoria 2 (31 a 65 anos);

categoria 3 (66 a 80 anos) e categoria 4 (81 anos ou mais). Foram alocados 20 pacientes na categoria 1; desses, 13 (65 %) tiveram alta e 7 (35 %) foram a óbito. Na categoria 2, foram alocados 74 pacientes; entre esses, 50 (67,6 %) tiveram alta e 24 (32,4 %) foram a óbito. Na categoria 3, foram alocados 38 pacientes; 16 (42,1 %) tiveram alta e 22 (57,9 %) foram a óbito. Na categoria 4, foram alocados 18 pacientes: 10 (55,6 %) tiveram alta e 8 (44,4 %) foram a óbito. Não houve diferença estatística significativa para tendência linear entre os grupos ($p = 0,081$). A morbidade inicialmente foi classificada em 3 categorias: a categoria 1 contemplou doenças neurológicas, cirúrgicas e traumas; a categoria 2 abrangeu doenças cardíacas, pulmonares, gastrointestinais, renais e infecciosas; a categoria 3 abarcou doenças neoplásicas, endócrinas e outras. Na categoria 1, foram agrupados 34 pacientes: 22 (64,7 %) tiveram alta e 12 (35,3 %) foram a óbito. Na categoria 2, foram agrupados 75 pacientes: 46 (61,3 %) tiveram alta e 29 (38,7 %) foram a óbito. Na categoria 3 foram agrupados 41 pacientes, 21 (51,2 %) tiveram alta e 20 (48,8 %) foram a óbito. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos ($p = 0,438$). Os dados são mostrados na tabela 2.

Variável	Alta n (%)	Óbito n (%)	n total (%)	Valor p
Sexo				
Masculino	59 (62,1)	36 (37,9)	95 (100)	0,364
Feminino	30 (54,5)	25 (45,5)	55 (100)	
Cor				
Branca	75 (57,7)	55 (42,3)	130 (100)	0,297
Preta/Parda	14 (70)	6 (30)	20 (100)	
Idade (anos)				
Até 30	13 (65)	7 (35)	20 (100)	0,081*
31 - 65	50 (67,6)	24 (32,4)	74 (100)	
66 - 80	16 (42,1)	22 (57,9)	38 (100)	
81 ou mais	10 (55,6)	8 (44,4)	18 (100)	
Morbidade				
Categoria 1	22 (64,7)	12 (35,3)	34 (100)	0,438
Categoria 2	46 (61,3)	29 (38,7)	75 (100)	
Categoria 3	21 (51,2)	20 (48,8)	41 (100)	

Tabela 2: Distribuição da amostra conforme o desfecho e valor p.
* valor p para tendência linear.

Em relação ao tempo médio, em dias, de internação na UTI, não houve diferença estatística significativa para gênero, raça e idade, mas sim, para morbidade. Pacientes agrupados na categoria 1 de morbidade permaneceram por mais tempo internados na UTI (22,15 dias) do que pacientes das outras categorias ($p = 0,002$). Os dados são mostrados na tabela 3.

Variável	Média (dias)	Desvio-padrão	Valor p
Sexo			
Masculino	15,52	12,04	0,657
Feminino	16,44	12,45	
Cor			
Branca	15,68	12,66	0,652
Preta/Parda	17,00	8,42	
Idade (anos)			
Até 30	15,90	12,81	0,525*
31 – 65	14,82	12,03	
66 – 80	17,63	12,36	
81 ou mais	16,28	12,12	
Morbidade			
Categoria 1	22,15	15,32	0,002
Categoria 2	14,69	11,35	
Categoria 3	12,76	8,54	
Total	15,85	12,16	

Tabela 3: Distribuição da amostra conforme o tempo médio de internação na UTI ($n = 150$). * valor p para tendência linear.

Entre as terapias mantenedoras da vida, a ventilação mecânica invasiva foi a intervenção mais freqüentemente utilizada, seguida de drogas vasoativas, transfusão de sangue e derivados. Entre as drogas vasoativas, a noradrenalina foi a mais comumente usada e a dopamina, a menos utilizada (Figura 1). Entre os pacientes submetidos à ventilação mecânica ($n = 136$), 133 a iniciaram antes dos sétimo dia de internação e 3, após. Dentre aqueles pacientes que iniciaram antes dos sétimo dia 76 (57,1 %) tiveram alta e 57

(42,9 %) foram a óbito. Todos os 3 pacientes que iniciaram ventilação mecânica após o sétimo dia foram a óbito. Entre os pacientes que não receberam ventilação mecânica (n = 14), 13 (92,9 %) tiveram alta e 1 (7,1 %) foi a óbito. Houve diferença estatística significativa entre os grupos em relação ao desfecho (p = 0,004). Não houve diferença estatística entre os grupos em relação ao tempo médio de ventilação (p = 0,245). A dopamina foi empregada em apenas 1 paciente o qual foi a óbito e, portanto, essa variável não foi incluída na análise estatística. A dobutamina foi utilizada em 26 pacientes: 21 iniciaram antes do sétimo dia e 5 após. Entre aqueles que receberam dobutamina antes do sétimo dia, 12 (57,1 %) tiveram alta e 9 (42,9 %) foram a óbito e, entre os outros que iniciaram dobutamina depois do sétimo dia, 1 (20 %) teve alta e 4 (80 %) foram a óbito. Dos os 124 pacientes que não receberam dobutamina, 76 (61,3 %) tiveram alta e 48 (38,7 %) foram a óbito. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos tanto em relação ao desfecho (p = 0,179) quanto ao tempo médio de uso da droga (p = 0,532).

A noradrenalina foi ofertada a 90 pacientes: 84 iniciaram antes do sétimo dia e 6 após. Dos pacientes que iniciaram noradrenalina antes do sétimo dia, 39 (46,4 %) tiveram alta e 45 (53,6 %) foram a óbito. Entre aqueles que receberam noradrenalina depois do sétimo dia, 1 (16,7 %) teve alta e 5 (83,3 %) foram a óbito. Para os 60 pacientes que não utilizaram noradrenalina, 49 pacientes (81,7 %) tiveram alta e 11 (18,3 %) foram a óbito. Houve diferença estatística significativa em relação ao desfecho (p < 0,001), mas não houve diferença estatística significativa em relação ao tempo médio do uso da droga (p = 0,601). A transfusão de sangue e derivados foi ofertada para 54

pacientes: 43 receberam transfusão antes do sétimo dia e 11 após. Entre os pacientes que a receberam antes do sétimo dia, 13 (30,2 %) tiveram alta e 30 (69,8 %) foram a óbito. Entre aqueles que a receberam depois do sétimo dia, 5 (45,5 %) tiveram alta e 6 (54,5 %) foram a óbito. Dos que não receberam transfusão de sangue e derivados, 71 (74 %) tiveram alta e 25 (26 %) foram a óbito. Houve diferença estatística significativa entre os grupos em relação ao desfecho ($p < 0,001$), mas não quanto ao número de transfusões ($p = 0,091$). A hemodiálise foi ofertada para 13 pacientes: 8 iniciaram hemodiálise antes do sétimo dia e 5 após. Para aqueles com início antes do sétimo dia, 2 (25 %) tiveram alta e 6 (75 %) foram a óbito. Para os pacientes que iniciaram hemodiálise após o sétimo dia constatou-se óbito para todos. Entre os pacientes que não receberam hemodiálise, 87 (63,5 %) tiveram alta e 50 (36,5 %) foram a óbito. Houve diferença estatística significativa entre os grupos com relação ao desfecho ($p = 0,002$) mas não quanto ao tempo médio de uso da hemodiálise ($p = 0,309$). A Nutrição Parenteral Total (NPT) foi ofertada para 13 pacientes: 12 iniciaram antes do sétimo dia e 1 após. Entre os pacientes que receberam NPT antes do sétimo dia, 4 (33,3 %) tiveram alta e 8 (66,7 %) foram a óbito assim como o paciente que recebeu NPT após o sétimo dia. Entre os pacientes que não receberam NPT, 85 (62 %) tiveram alta e 52 (38 %) foram a óbito. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos tanto em relação ao desfecho ($p = 0,073$) quanto ao tempo médio de uso da NPT ($p = 0,752$). Os dados são mostrados na tabela 4.

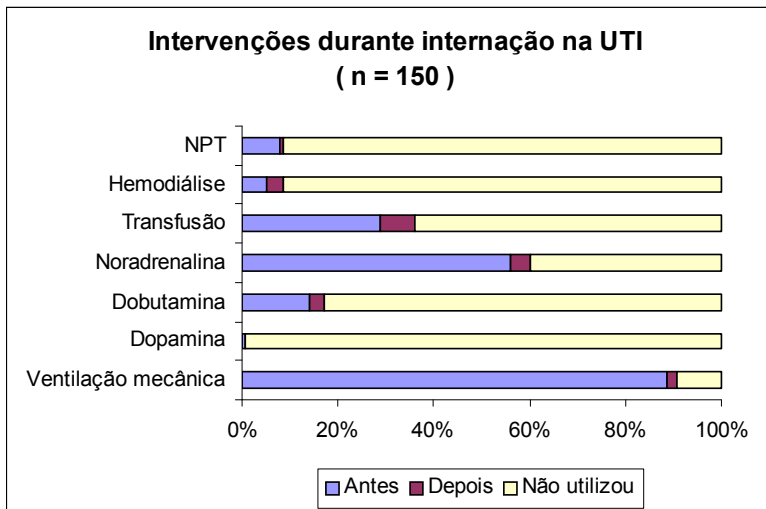


Figura 1: Frequência da oferta de terapias mantenedoras da vida antes e depois do sétimo dia de internação na UTI, NPT = Nutrição Parenteral Total.

Variável	Alta (%)	Óbito (%)	n total (%)	Valor p
V.M.I.				
Antes	76 (57,1)	57 (42,9)	133 (100)	0,004
Depois	-	3 (100)	3 (100)	
Não Utilizou	13 (92,9)	1 (7,1)	14 (100)	
Tempo médio (d.p.)	17,75 (8,85)	13,78 (11,47)	-	0,245
Dobutamina				
Antes	12 (57,1)	9 (42,9)	21 (100)	0,179
Depois	1 (20)	4 (80)	5 (100)	
Não Utilizou	76 (61,3)	48 (38,7)	124 (100)	
Tempo médio (d.p.)	3,92 (2,53)	4,49 (3,57)	-	0,532
Noradrenalina				
Antes	39 (46,4)	45 (53,6)	84 (100)	< 0,001
Depois	1 (16,7)	5 (83,3)	6 (100)	
Não Utilizou	49 (81,7)	11 (18,3)	60 (100)	
Tempo médio (d.p.)	6,42 (6,86)	7,16 (6,38)	-	0,601
Transfusão				
Antes	13 (30,2)	30 (69,8)	43 (100)	< 0,001
Depois	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (100)	
Não Utilizou	71 (74)	25 (26)	96 (100)	
n° Transfusões (d.p.)	3,89 (4,4)	7,5 (8,3)	-	0,091
Hemodiálise				
Antes	2 (25)	6 (75)	8 (100)	0,002
Depois	-	5 (100)	5 (100)	
Não Utilizou	87 (63,5)	50 (36,5)	137 (100)	
Tempo médio (d.p.)	17 (5,66)	9,36 (9,59)	-	0,309
NPT				
Antes	4 (33,3)	8 (66,7)	12 (100)	0,073
Depois	-	1 (100)	1 (100)	
Não Utilizou	85 (62)	52 (38)	137 (100)	
Tempo médio (d.p.)	11 (9,76)	13,33 (12,73)	-	0,752

Tabela 4: VMI = ventilação mecânica invasiva; d.p. = Desvio-padrão; NPT = Nutrição Parenteral Total; Tempo médio do emprego das terapias em dias; n° transfusões = número de vezes que o paciente foi transfundido com sangue e derivados.

Os escores de risco medidos, pelo sistema UNICAMP II, entre os pacientes com alta ou óbito no 1°, 3°, 5° e 7° dia de internação mostraram

diferença estatística significativa entre os grupos em todos os momentos. Os pacientes que foram a óbito, em média apresentaram risco provável de óbito maior do que aqueles com alta ($p < 0,001$) (figura 2) . Ao longo dos primeiros sete dias de internação na UTI, 17 pacientes apresentaram risco provável de óbito ≥ 90 %. Desses, 3 (17,6 %) tiveram alta e 14 (82,4 %) foram a óbito. A sensibilidade verificada para pacientes com risco de óbito ≥ 90 %, medido pelo sistema UNICAMP II, foi de 23 % e a especificidade, de 97 %; o valor preditivo positivo de 82,4 % e o valor preditivo negativo de 64,7 %.

A comparação inicial entre os sistemas UNICAMP II e APACHE II quanto à intensidade e à direção da associação linear mostrou existir forte correlação entre ambas as medidas em todos os tempos de aferição ($p < 0,001$) (figuras 3, 4, 5 e 6)

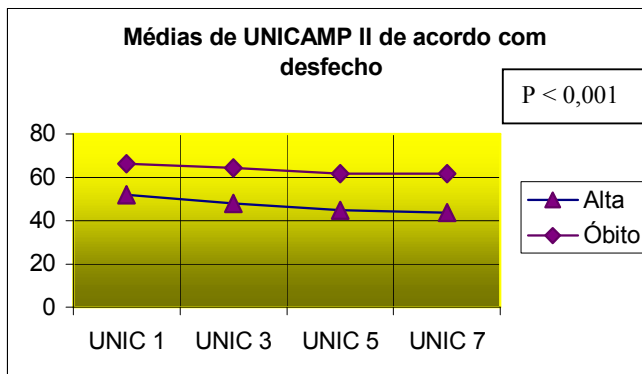


Figura 2: UNIC 1 = UNICAMP II no 1° dia; UNIC 3 = UNICAMP II no 3° dia; UNIC 5 = UNICAMP II no 5° dia; UNIC 7 = UNICAMP II no 7° dia.

APACHE II x UNICAMP II

$r = 0,843$ $p < 0,001$

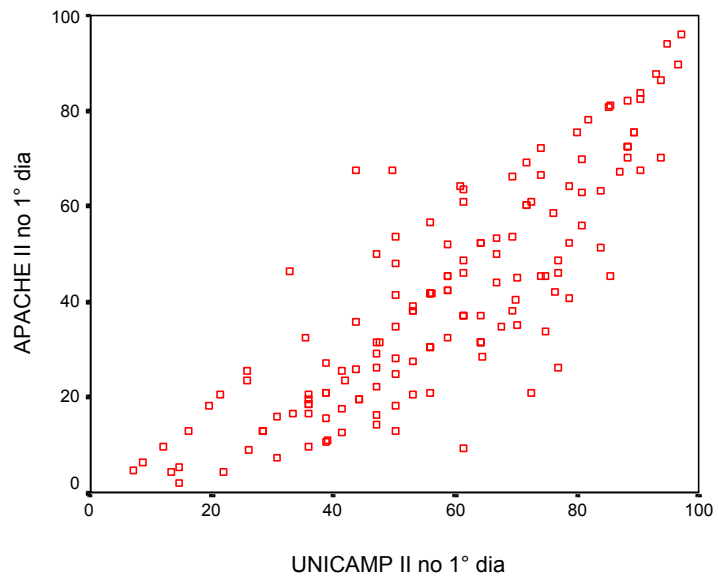


Figura 3: Relação entre as medidas de risco aferidas pelo sistema APACHE II e UNICAMP II no primeiro dia.

APACHE II x UNICAMP II

$r = 0,839$ $p < 0,001$

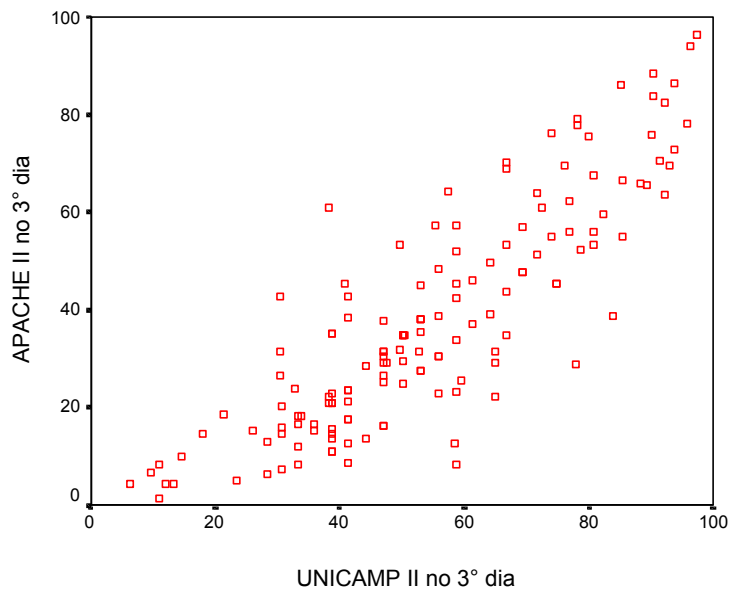


Figura 4: Relação entre as medidas de risco aferidas pelo sistema APACHE II e UNICAMP II no 3º dia

APACHE II x UNICAMP II
 $r = 0,855$ $p < 0,001$

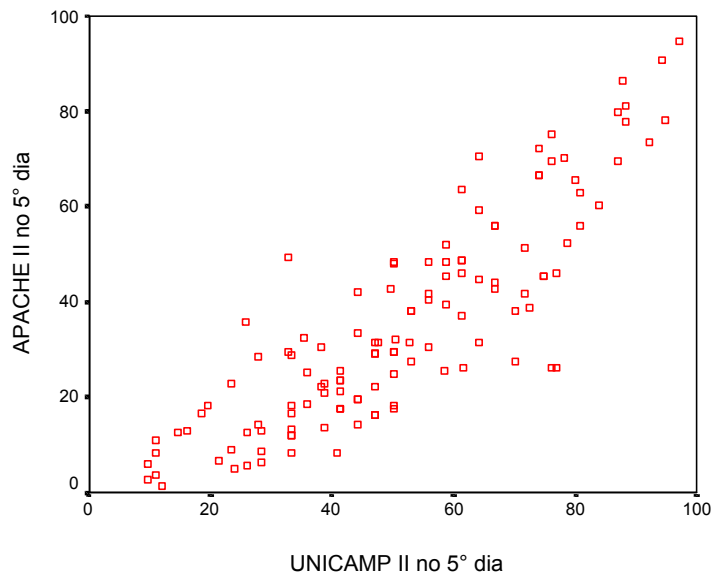


Figura 5: Relação entre as medidas de risco aferidas pelo sistema APACHE II e UNICAMP II no 5º dia

APACHE II x UNICAMP II
 $r = 0,854$ $p < 0,001$

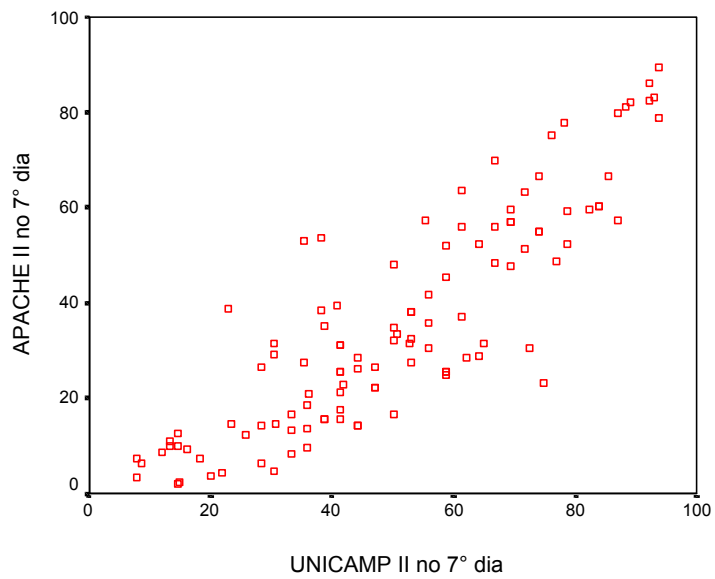


Figura 6: Relação entre as medidas de risco aferidas pelo sistema APACHE II e UNICAMP II no 7º dia

As medidas de risco de morte individual “pi” (π), na UTI, estimadas a partir dos índices prognósticos APACHE II e UNICAMP II no 1º dia e ajustadas pelos níveis descritivos para valores de *Deviance* e AIC mostraram que a qualidade dos ajustes estatísticos são semelhantes para os dois modelos e ambos estatisticamente significativos, com discreta vantagem para o APACHE II. Os dados visualizam-se na tabela 5. Entre os 150 pacientes constituintes do banco de dados original, 112 pacientes permaneceram internados na UTI por mais de 7 dias. As exclusões foram devidas a 20 pacientes com alta e 18 pacientes com óbito. A descrição dos índices prognósticos aferidos na internação, para os pacientes com menos de 7 dias na UTI, tanto para o índice APACHE II quanto para o UNICAMP II é vista na tabela 6.

Existiu uma marcante diferença entre os grupos. Para os pacientes que foram a óbito, nenhum valor de UNICAMP II foi inferior a 47,10 %, enquanto para aqueles que tiveram alta, 50 % dos índices observados foram inferiores a 45,40 %. Verificou-se uma dispersão levemente superior para o índice APACHE II. Entre os 112 paciente internados por 7 dias ou mais, 69 (62 %) resultaram em alta e 43 (38 %) em óbito. A partir da criação da variável de evolução prognóstica, verificou-se, que entre os pacientes que tiveram alta, a evolução dos índices prognósticos foi bem mais acentuada do que para aqueles que resultaram em óbito. Os dados são apresentados na tabela 7.

Índice	Deviance	AIC	Valor p
APACHE II	181,79	185,79	0,031
UNICAMP II	185,55	189,55	0,020

Tabela 5: Índices APACHE II e UNICAMP II medido no 1º dia de internação na UTI e seus ajustes estatísticos pelos níveis descritivos para valores de *Deviance* e AIC.

Índice	Desf.	Min.	1° Qua	Mediana	Média	3° Qua	Max.	d.p.
APACHE II	Alta	4,30	12,35	20,85	28,54	42,70	75,40	21,54
	Óbito	14,40	42,75	62,55	58,37	74,70	93,90	22,35
UNICAMP II	Alta	7,00	37,92	45,40	42,91	53,63	80,10	19,93
	Óbito	47,10	65,52	75,20	74,41	87,53	94,90	15,66

Tabela 6. Descrição dos índices prognósticos na internação para pacientes que permaneceram internados na UTI por menos de 7 dias. Desf = desfecho; Min = mínimo; 1° Qua = 1° quartil; 3° Qua = 3° quartil; Max = máximo; d.p. = Desvio-padrão.

Índice	Desf.	Min.	1° Qua	Mediana	Média	3° Qua	Máx.	d.p.
APACHE II	Alta	- 58,80	- 13,70	- 6,00	- 7,37	3,30	14,5	16,45
	Óbito	- 28,60	- 10,70	- 3,00	0,27	9,70	44,9	17,9
UNICAMP II	Alta	- 62,60	- 22,00	- 6,80	- 10,82	2,30	20,0	18,68
	Óbito	- 48,60	- 11,00	- 2,20	- 1,09	9,55	43,7	18,63

Tabela 7: Descrição dos índices prognósticos em relação à diferença do 7° dia para o 1° dia entre os pacientes que permaneceram por 7 dias ou mais internados na UTI. Desf = desfecho; Min = mínimo; Máx = máximo; 1° Qua = 1° quartil; 3° Qua = 3° quartil; d.p. = Desvio-padrão.

Ao verificarmos qual teria sido a melhor combinação de variáveis explicativas, bem como qual dos índices prognósticos foi o mais eficiente a partir das comparações entre os valores de Deviance e AIC, constatamos que ambos os modelos, tanto para o sistema APACHE II quanto para o UNICAMP II, que utilizaram a combinação de variáveis prognósticas, 1° dia e evolução do 7° em relação ao 1° dia, foram os modelos com os menores valores de AIC. O acréscimo das outras variáveis não compensou o custo representado pelo aumento na complexidade do modelo. Constatou-se que tanto o modelo 2 com o sistema APACHE II (*Deviance* = 0,106) quanto o modelo 2 com o sistema UNICAMP II (*Deviance* = 0,073) são aceitáveis. Os modelos são apresentados na tabela 8. Ao verificarmos qual teria sido a melhor alternativa de evolução do índice prognóstico entre o 1° dia e o 7° dia, baseados na comparação entre as diferenças do 3°, 5° e 7° dia pelos menores valores de AIC, verificamos que as melhores qualidades de ajustes foram representadas

pela evolução do 7º dia em relação ao 1º dia. Os dados são apresentados na tabela 9.

Índice	Modelo	AIC
APACHE II	1 - Desfecho ~ APA 1	144,36
	2 - Desfecho ~ APA 1 ~ D. APA17	133,71
	3 - Desfecho ~ APA 1 ~ D. APA 17 ~ sexo	135,18
	4 - Desfecho ~ APA 1 ~ D. APA 17 ~ cor	137,44
	5 - Desfecho ~ APA 1 ~ D. APA 17 ~ morbidade	138,43
UNICAMP II	1 - Desfecho ~ UNIC 1	148,82
	2 - Desfecho ~ UNIC 1 ~ D. UNIC 17	137,13
	3 - Desfecho ~ UNIC 1 ~ D. UNIC 17 ~ sexo	138,77
	4 - Desfecho ~ UNIC 1 ~ D. UNIC 17 ~ cor	140,93
	5 - Desfecho ~ UNIC 1 ~ D. UNIC 17 ~ morbidade	142,57

Tabela 8: Valores de AIC comparativos para os diferentes modelos de evolução prognóstica. APA 1 = APACHE II no 1º dia; D. APA 17 = diferença do índice APACHE II do 7º dia em relação ao 1º dia; UNIC 1 = UNICAMP II no 1º dia; D. UNIC 17 = diferença do índice UNICAMP II do 7º dia em relação ao 1º dia; AIC = Critério de Informação de AKaiKe

Índice	Modelo	AIC
APACHE II	D. APA 13	146,16
	D. APA 15	138,09
	D. APA 17	133,71
UNICAMP II	D. UNIC 13	150,71
	D. UNIC 15	144,41
	D. UNIC 17	137,13

Tabela 9: Comparação entre os valores de AIC para os diferentes níveis de evolução prognóstica. D. APA 13 = diferença do índice APACHE II do 3º dia em relação ao 1º dia; D. APA 15 = diferença do índice APACHE II do 5º dia em relação ao 1º dia; D. APA 17 = diferença do índice APACHE II do 7º dia em relação ao 1º dia; D. UNIC 13 = diferença do índice UNICAMP II do 3º dia em relação ao 1º dia; D. UNIC 15 = diferença do índice UNICAMP II do 5º dia em relação ao 1º dia; D. UNIC 17 = diferença do índice UNICAMP II do 7º dia em relação ao 1º dia; AIC = Critério de Informação de Akaike.

Por meio do índice Kappa foi realizada a comparação entre os dois modelos com relação ao nível de concordância em prognosticar óbito para aqueles paciente internados durante 7 ou mais dias na UTI e que apresentavam, no sétimo dia, valor $\pi \geq 50\%$. Foram identificados 40 pacientes em risco de morte pelos dois índices em conjunto. Dentre eles, 34 foram identificados pelo sistema UNICAMP II e 35 pelo APACHE II. Para os 34

pacientes classificados como em risco de morte pelo sistema UNICAMP II, 21 (61,8 %) resultaram em óbito e, para os 35 classificados em risco de morte pelo sistema APACHE II, 22 (62,9 %) resultaram em óbito. O grau de concordância entre os índices para pacientes com valor $\pi \geq 50$ %, utilizando o índice Kappa foi de 42,1 %, sendo considerado fraco.

Os modelos de ajustes tanto para o índice APACHE II quanto para UNICAMP II são mostrados na tabela 10.

Índice	variável	Estimativa	Erro-padrão	Valor Z	Pr > Z
APACHE II	B0	- 1,99717	0,49807	- 4,010	6,08e-05***
	B1	0,04121	0,01116	3,693	0,000222***
	B2	0,04615	0,01423	3,244	0,001178**
UNICAMP II	B0	-2,27669	0,692284	- 3,334	0,000856***
	B1	0,03523	0,01136	3,100	0,00193***
	B2	0,04536	0,01369	3,314	0,000919***

Tabela 10: Modelo de ajuste estatístico para valor π tanto para o índice APACHE II quanto para UNICAMP II. Pr = probabilidade.

Com base nesse modelo de probabilidade de morte individual π , foram calculadas as estimativas de óbito para cada um dos 112 pacientes internados na UTI por 7 ou mais dias e comparadas com as variáveis que foram consideradas como terapias mantenedoras da vida. Os dados são mostrados na tabela 11. As curvas de características operacionais (Curva ROC) estimadas de probabilidade de óbito π em função do índice prognóstico no 1° dia tanto para o índice APACHE II quanto para o UNICAMP II quando a diferença em relação ao 7° dia é zero, são mostradas na figura 7. A Curva ROC estimada de probabilidade de morte π para o índice UNICAMP II em função do índice prognóstico no 1° dia e para diferentes valores da variável de evolução prognóstica, é mostrada na figura 8. As curvas ROC construídas a partir de um banco de dados virtual de 5000 pacientes, para os modelos que

ajustam probabilidade de óbito apenas em função do índice prognóstico para UNICAMP II no 1° e 7° dia e para APACHE II no 1° dia, são mostradas na figura 9. Finalmente, as curvas ROC construídas a partir de um banco de dados virtual com 10000 pacientes, para o sistema UNICAMP II a partir da classificação como possível óbito, em função da variável de evolução prognóstica, de - 20 %, - 10 % e 10 % são mostradas na figura 10. Os valores correspondentes de sensibilidade e de especificidade são apresentados nas tabelas 12 e 13.

Variável	Min	1°Qua	Mediana	Média	3°Qua	Máx	d.p.	n	Valor p
Desfecho									
Alta	0,068	0,174	0,288	0,327	0,433	0,729	0,171	69	< 0,001
Óbito	0,179	0,300	0,468	0,476	0,651	0,794	0,188	43	
V. M. I.									
Antes	0,068	0,256	0,383	0,397	0,562	0,794	0,191	103	0,024
Depois	0,220	0,241	0,261	0,317	0,365	0,468	0,133	3	
Não usou	0,130	0,140	0,154	0,186	0,228	0,293	0,06!	6	
Dobutamina									
Antes	0,075	0,333	0,480	0,444	0,572	0,647	0,166	18	0,18
Depois	0,220	0,412	0,423	0,466	0,588	0,684	0,178	5	
Não usou	0,068	0,218	0,346	0,367	0,517	0,794	0,195	89	
Noradre.									
Antes	0,068	0,286	0,423	0,435	0,578	0,794	0,187	64	0,003
Depois	0,161	0,191	0,245	0,286	0,380	0,468	0,128	6	
Não usou	0,075	0,179	0,268	0,320	0,420	0,757	0,182	42	
NPT									
Antes	0,293	0,403	0,481	0,516	0,656	0,751	0,166	8	0,003
Depois	0,783	0,783	0,783	0,783	0,783	0,783	-	1	
Não usou	0,068	0,225	0,350	0,370	0,518	0,794	0,186	103	
Hemodiálise									
Antes	0,275	0,499	0,655	0,571	0,672	0,724	0,163	7	0,01
Depois	0,288	0,412	0,423	0,467	0,562	0,647	0,140	5	
Não usou	0,068	0,220	0,348	0,367	0,511	0,794	0,188	100	
Transfusão									
Antes	0,147	0,303	0,478	0,474	0,643	0,783	0,186	31	0,001
Depois	0,288	0,355	0,423	0,449	0,528	0,751	0,138	11	
Não usou	0,068	0,179	0,283	0,334	0,433	0,794	0,184	70	
Morbidade									
Categ. 1	0,095	0,235	0,364	0,390	0,541	0,794	0,202	50	0,46
Categ. 2	0,161	0,269	0,446	0,430	0,568	0,679	0,178	16	
Categ. 3	0,068	0,249	0,355	0,362	0,491	0,730	0,184	46	

Tabela 11: Probabilidade de morte individual π para os 112 pacientes que permaneceram internados na UTI por 7 ou mais dias; V. M. I. = ventilação mecânica invasiva; Noradre. =

Noradrenalina; NPT = Nutrição Parenteral Total; Categ. 1 = categoria 1(neurológico /sepsis /cirurgia /trauma); categ. 2 =categoria 2 (neoplasia); categ. 3 = categoria 3 (cardiopulmonar /renal /gastrointestinal /endocrinológica e outros); 1° Qua = 1° quartil; 3° Qua = 3° quartil; Min = mínimo; Máx = máximo; d.p. = Desvio-padrão.

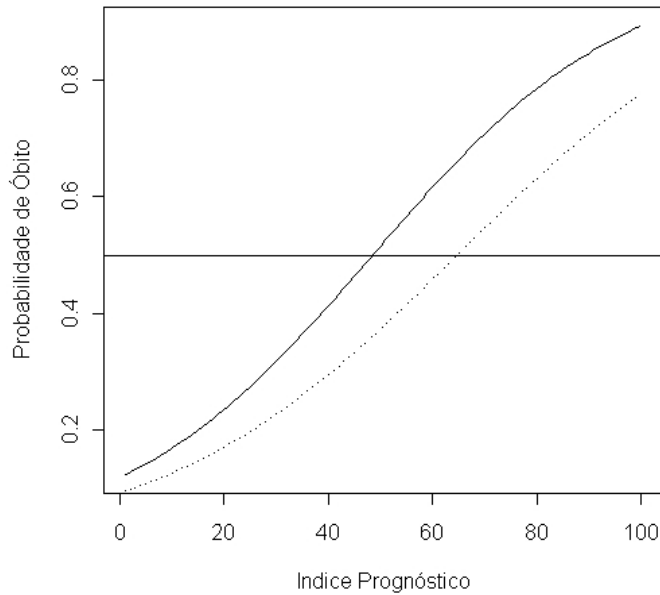


Figura 7: Curvas estimadas de probabilidade de óbito π em função do índice prognóstico (%) quando a diferença em relação ao 7° dia é zero. Linha contínua para o índice APACHE II e linha pontilhada para o índice UNICAMP II.

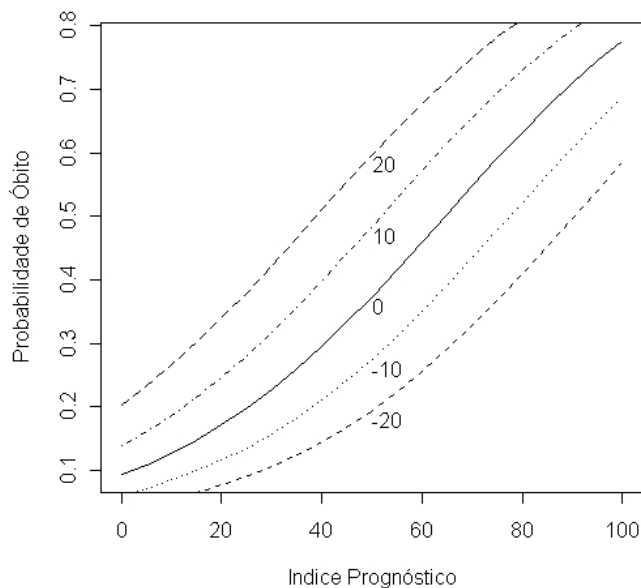


Figura 8: Apresenta as curvas estimadas de probabilidade de óbito π para o índice UNICAMP II em função da estimativa no 1° dia (eixo x) e para os diferentes valores da variável de evolução prognóstica.

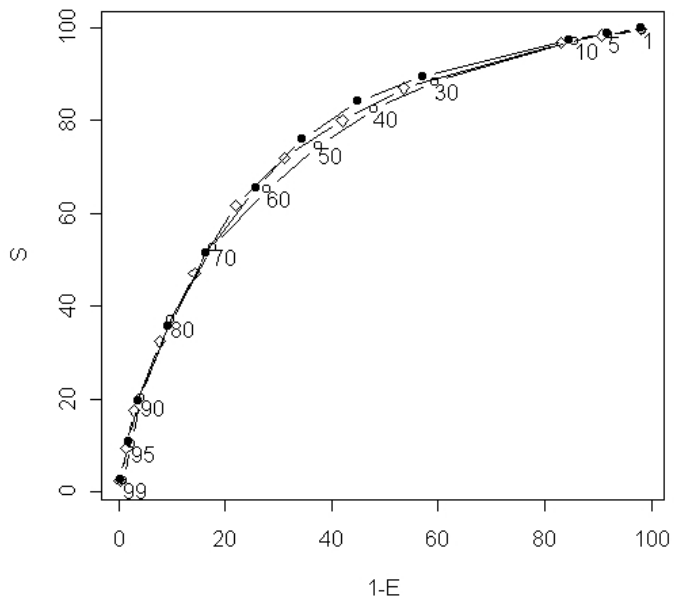


Figura 9: Apresenta as curvas ROC obtidas para os modelos que ajustam probabilidade de óbito apenas em função do índice prognóstico. Números que aparecem junto aos círculos abertos denotam os valores do índice prognóstico utilizado como limite mínimo para classificar o paciente como possível óbito. Círculos vazados representa UNICAMP II no 1º dia; Círculos pretos representam UNICAMP II no 7º dia; Quadrados vazados representam APACHE II no 1º dia; S = sensibilidade; 1-E = 1 – especificidade.

Índice	UNICAMP II 1º dia		UNICAMP II 7º dia		APACHE II 1º dia	
	S	1 - E	S	1 - E	S	1 - E
1	99,5	98,4	99,9	98,1	99,6	98,1
5	98,6	92,0	98,7	91,6	98,3	90,7
10	97,1	85,5	97,4	84,7	96,7	83,1
30	88,3	59,3	89,4	57,0	87,0	53,5
40	82,4	48,0	84,1	45,0	80,0	42,0
50	74,6	37,6	76,1	34,5	71,9	31,1
60	65,1	27,9	65,4	25,7	61,7	22,0
70	52,7	17,6	51,4	16,5	47,1	14,3
80	37,2	9,9	35,6	9,4	32,4	7,8
90	20,3	4,2	19,7	3,8	17,5	2,9
95	10,4	2,5	10,8	1,8	9,4	1,5
99	2,3	0,8	2,7	0,5	2,4	0,3

Tabela 12: valores correspondentes à figura 9. S = sensibilidade; 1 - E = 1 – especificidade.

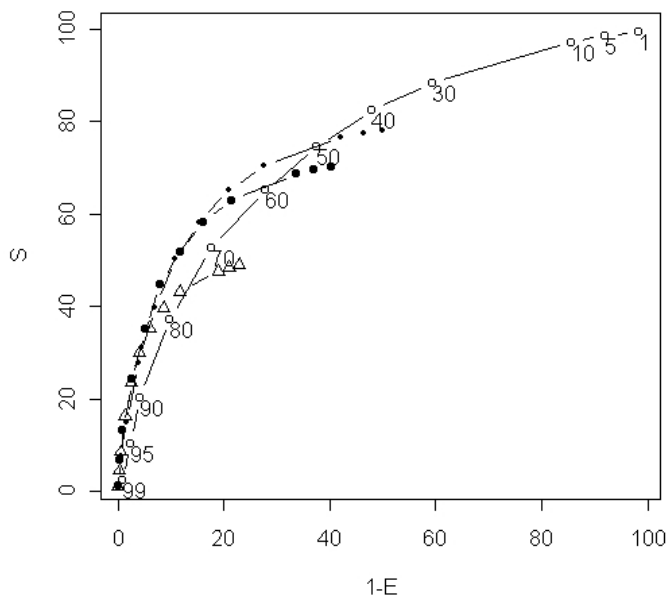


Figura 10: Apresenta as curvas ROC obtidas para modelos que ajustam probabilidade de óbito em função do índice UNICAMP II (círculos vazados) juntamente com os valores do índice prognóstico utilizado como limite mínimo para classificar o paciente como possível óbito. Os círculos pretos grandes representam as curvas ROC para modelos que ajustam probabilidade de óbito em função do índice prognóstico UNICAMP II no 1º dia e a diferença em relação ao 7º dia. Os valores do índice utilizado como limite para classificar o paciente como possível óbito foram - 10 % em relação à diferença do 7º para o 1º dia. Pontos pretos; o valor limite da diferença entre 7º e 1º dia foi - 20 % e os triângulos vazados representam a diferença de + 10 %. S = sensibilidade; 1-E = 1 – especificidade.

UNICAMP II 1º dia (%)	Evolução - 20 %		Evolução - 10 %		Evolução + 10 %	
	S	1 - E	S	1 - E	S	1 - E
1	78,2	50,0	70,3	40,2	49,0	22,9
5	77,6	46,4	69,7	37,1	48,4	21,0
10	76,5	42,1	68,6	33,7	47,6	19,0
30	70,4	27,6	63,0	21,5	43,3	11,7
40	65,3	21,1	58,3	16,1	39,7	8,7
50	58,2	15,3	51,9	11,7	35,3	6,1
60	50,3	10,8	44,8	8,0	30,0	4,1
70	39,9	7,1	35,1	5,2	23,5	2,6
80	27,9	3,9	24,4	2,7	16,3	1,4
90	15,1	1,6	13,2	1,0	8,6	0,6
95	7,8	0,6	6,7	0,5	4,5	0,3
99	1,5	0,1	1,3	0,1	1,0	0,0

Tabela 13: Valores correspondentes a figura 10. S = sensibilidade; 1 - E = 1 – especificidade.

5.6 Discussão

A avaliação prognóstica utilizando o modelo preditivo UNICAMP II, mediante um sistema evolutivo, para pacientes em estado crítico com insuficiência respiratória é de grande auxílio para o médico intensivista na tomada de decisão da não-oferta de novas terapias mantenedoras da vida. A verificação da piora prognóstica, em 10 %, no sétimo dia de internação na UTI, em um paciente cuja probabilidade de óbito inicial foi de 70% ou mais, apesar das terapias já ofertadas nessa fase precoce de intervenção, demonstra ser improvável o benefício em ofertar mais terapias mantenedoras da vida tanto na intensidade quanto na quantidade. Então, a partir desse momento, configura-se o limite da intervenção sobre o ser humano, exigindo consultoria ética a fim de iniciar discussões referentes à “futilidade terapêutica”. O modelo UNICAMP II se equívale ao modelo internacional APACHE II, é de fácil execução à beira do leito na medida em que não necessita de enquadramento em categorias diagnósticas específicas, e está baseado em dados da realidade brasileira nas UTIs.

A partir de nosso estudo, pudemos constatar que variáveis demográficas tais como idade, sexo, raça e morbidade não mostraram significância estatística para predizer o desfecho. Entendemos, portanto, que essas variáveis isoladas não deveriam ser a base dos debates em torno da futilidade terapêutica. Elas poderiam, talvez, de algum modo, contribuir para os debates sob o ponto de vista subjetivo, mas certamente não deveriam ser consideradas em primeiro plano.

Uma variedade de fatores têm sido investigados para predizer resultados e fatores demográficos como idade e morbidade são, muitas vezes, incluídos

(16). Apesar da identificação de grupos particulares de pacientes com alta mortalidade hospitalar, não se pode sugerir que, a partir do diagnóstico de uma doença crônica ou aguda fatal, raça ou idade, haveria impedimento do uso efetivo do cuidados intensivos. Estudos também enfocam a idade, grupo diagnóstico e gravidade da doença como critérios de triagem para a recusa de internação dos pacientes em unidades de cuidados intensivos sob a argumentação lógica e prudente do princípio da justa alocação de recursos escassos (17).

Esses critérios procuram enfatizar suas bases na mortalidade hospitalar. No entanto, para o intensivista, a questão é ainda mais complexa. Uma vez o paciente sendo admitido na unidade, mesmo existindo conflitos em relação aos critérios de admissibilidade, a partir de então, os principais dilemas passam a girar em torno da mortalidade na UTI e não a hospitalar, bem como no prolongamento individual do processo de morrer, o que configuraria inadequada prática médica e o desrespeito ao princípio bioético da não-maleficência. Em nosso estudo, identificamos que a morbidade interferiu, de forma significativa, no prolongamento do tempo de internação na unidade mas não no aumento da mortalidade na UTI. Sendo assim, sob a visão de nosso estudo, tais critérios, objetivamente, ficariam em segundo plano na tomada de decisão quanto alocar recursos. O princípio da justiça seria contemplado na medida em que passa a existir a consciência de o aumento dos custos ser devido à maior permanência do paciente na unidade, ocasionada pela gravidade da doença, e essa permanência não implicar no aumento de óbitos na unidade. A não-oferta de terapias mantenedoras da vida, cujo alicerce

principal são variáveis demográficas, conforme nossos resultados, não se justifica.

Entre as terapias mantenedoras da vida, verificamos terem sido a ventilação mecânica invasiva e as drogas vasoativas as mais freqüentemente utilizadas, seguidas pela transfusão de sangue e derivados, hemodiálise e nutrição parenteral total. Na maioria das vezes, tais terapias foram iniciadas antes do sétimo dia de internação na UTI, demonstrando ser esse período, geralmente, o de maior complexidade e instabilidade do quadro clínico dos pacientes. Assim, justifica-se a tentativa incessante, durante esse período, de proporcionar uma chance de recuperabilidade aos pacientes criticamente doentes por meio dos recursos técnicos, independente do seu grau de complexidade, desenvolvidos pela medicina.

A constatação da maior freqüência no uso da ventilação mecânica e das drogas vasoativas como terapias mantenedoras da vida reflete a realidade das terapias utilizadas nas UTIs e seria lógico esperar que pacientes admitidos devido ao quadro de insuficiência respiratória fossem mais freqüentemente submetidos a elas. Pacientes em insuficiência respiratória, muitas vezes, apresentam alterações hemodinâmicas associadas ao quadro ou corroboradas pelo próprio uso do suporte ventilatório invasivo. Interessante foi verificar que o tempo de uso, em dias, das terapias mantenedoras da vida, bem como o número de transfusões não se mostrou estatisticamente significativo para o desfecho. Isto demonstra que o tempo de uso das terapias mantenedoras da vida não implica aumento da mortalidade na UTI e, portanto, também não seria plausível a justificativa de discutir futilidade terapêutica em torno do tempo prolongado da oferta dessas terapias. Parece-nos mais razoável, a partir do

nossos resultados, abrir discussões em torno de quando essas terapias foram iniciadas. Verificamos terem ido a óbito todos os pacientes que iniciaram ventilação mecânica (n = 3) ou hemodiálise (n = 5) após o sétimo dia. Entre aqueles que iniciaram dobutamina após o sétimo dia, oitenta por cento (80 %) foram a óbito e entre os que iniciaram noradrenalina, oitenta e três por cento (83 %) também foram a óbito. Houve diferença estatística em relação ao desfecho para o uso de ventilação mecânica, noradrenalina, hemodiálise e transfusão de sangue e derivados.

A identificação de os pacientes no uso dessas terapias durante a internação na UTI terem tido maior mortalidade, logicamente, pode ser atribuída à gravidade da doença. Porém, verificamos que poucos pacientes obtiveram benefícios quando tais terapias foram iniciadas após o sétimo dia. Claro está que o número de pacientes receptores delas somente após o sétimo dia não é grande o suficiente para justificar qualquer inferência. No entanto, é possível abrir discussões em torno da questão, na medida em que verificamos ter havido aumento da mortalidade entre os pacientes no uso dessas terapias durante a estada na UTI e serem elas mais freqüentemente ofertadas durante os primeiros sete dias de internação. Propomos, então, a partir desses achados, abordar questões sobre futilidade ao relacionar a oferta das terapias em duas fases: fase precoce de intervenção (os primeiros sete dias) e fase tardia de intervenção (após o sétimo dia).

Com esse fim, procuramos comparar, por meio do modelo UNICAMP II, a evolução do risco provável de morte entre pacientes que tiveram alta e pacientes que foram a óbito. Os dados mostraram ser o risco de morte significativamente maior, em todos os tempos, entre os pacientes que foram a

óbito. Interessante foi notar que, para os sobreviventes, em média, o risco provável de morte ter ido decrescendo na medida do aumento do tempo, em dias. No entanto, para os pacientes que morreram, o risco provável de morte manteve-se nos mesmos patamares iniciais. Isto sugere que, para os pacientes com resposta positiva à terapia empregada na fase precoce, o risco de morte diminuirá de forma progressiva e, conseqüentemente, haverá maior chance de alta. Porém, para os que, apesar das terapias empregadas, o risco de óbito se mantiver nos mesmos patamares iniciais ou mesmo aumentar, suas chances de sobrevivência serão menores.

Verificamos também que, entre os 150 pacientes, 17 apresentaram risco provável de morte maior ou igual a 90 % durante os primeiros sete dias de internação na UTI. Deles, 14 foram a óbito e 3 tiveram alta da UTI. A sensibilidade a partir de uma única medida foi de 23 %, a especificidade de 97 % e o valor preditivo positivo de 82,4 %. Constatamos, então, que, apesar da alta especificidade, basear decisões sobre futilidade terapêutica em uma única medida também não seria plausível pois não refletiria a evolução do quadro clínico do paciente frente ao emprego das terapias mantenedoras da vida. Além disso, tínhamos a intenção de verificar se o modelo UNICAMP II se mostraria uma sistema de predição de risco de óbito em nível de outros modelos validados internacionalmente. Desse modo, procuramos comparar o modelo UNICAMP II ao modelo de referência internacional APACHE II.

Primeiramente, constatamos a existência de forte correlação ($r \geq 0,83$) entre os dois modelos no referente à intensidade e à direção da associação linear em todos os tempos de aferição. Posteriormente, estimamos o risco de morte individual π , baseados em ambos os modelos e verificamos, por meio de

ajustes estatísticos correspondentes aos valores de *Deviance* e AIC, que a qualidade dos dois modelos é estatisticamente significativa, demonstrando, assim, serem os dois métodos eqüiparáveis. Existiu uma pequena vantagem para o modelo APACHE II, com valores discretamente menores de *Deviance* e AIC, porém, essa pequena vantagem não se reflete na prática clínica.

Sob nosso ponto de vista, o modelo UNICAMP II apresenta mais vantagens visto não utilizar categoria diagnóstica, evitando a dificuldade e o possível engano no enquadramento da categoria correspondente, bem como ser de mais fácil aplicabilidade à beira do leito. Além disso, o modelo UNICAMP II reflete a realidade brasileira, pois foi elaborado a partir de banco de dados coletados no Brasil enquanto o modelo APACHE II, representa a realidade de bancos de dados coletados nos Estados Unidos e Europa onde, certamente existem diferenças, em relação ao Brasil, não somente em nível de atendimento pré-hospitalar, mas também no estado de saúde da população, nível de nutrição e a conseqüente resposta imunitária às doenças. Dados do estudo IBRANUTRI (Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional) (18) demonstram que, aproximadamente, 48,1 % da população hospitalizada apresenta algum grau de desnutrição e 12,6 % são desnutridos graves. Nossos resultados são semelhantes aos de Alves e colaboradores (19) que aplicaram o modelo UNICAMP II para estimar o risco provável de óbito em uma UTI privada na cidade de Cuiabá (MT) e o compararam ao modelo APACHE II. Eles concluíram que o modelo UNICAMP II se adapta perfeitamente a um hospital geral não-público e sugeriram extrapolar o novo modelo para a população brasileira, apoiados em dados multicêntricos. Os resultados de nosso estudo corroboram essas sugestões por ter sido desenvolvido em um hospital

universitário de referência nacional, o qual contempla tanto pacientes procedentes do sistema público quanto do privado.

Ha muito tempo existe a discussão de o modelo APACHE II, apesar de ter-se mostrado um excelente método para comparar grupos de risco, ser inadequado para predizer prognóstico individual. Entre as razões argumentadas pode-se citar que ele não reflete alterações fisiopatológicas dinâmicas ocorridas durante a permanência dos pacientes na UTI e se baseia em escolha de categorias diagnósticas específicas, que não contemplam sua totalidade ou o maior sistema orgânico comprometido. Tentativas de estimar risco provável de óbito diário a partir do modelo APACHE II igualmente foram desenvolvidas (20).

Nesse sentido, nosso estudo também procurou comparar o modelo APACHE II ao modelo UNICAMP II a partir de um protocolo evolutivo de morte individual π . Primeiramente analisamos, o risco de morte individual π para pacientes com menos de 7 dias internados na UTI e, posteriormente, para os com permanência maior de 7 dias. Verificamos, por meio de várias combinações de variáveis explicativas, que a melhor combinação de variáveis seria o índice prognóstico estimado no 1° dia, seguido da variável de evolução prognóstica. A variável de evolução prognóstica envolvendo o 7° dia foi a que mostrou menores valores de AIC, sendo aceitável para ambos os modelos. Constatamos, mais uma vez, ser o modelo UNICAMP II equiparável aos níveis internacionais de predição prognóstica. Constatamos também que o grau de concordância entre os dois modelos é fraca quando o ponto de corte é 50 %, apesar de o número de indivíduos identificados ser semelhante. Escolhemos o índice de 50 % motivados pelo fato de nenhum paciente em óbito ter

apresentado, na primeira aferição pelo modelo UNICAMP II, risco de morte individual abaixo de 47,10 %, enquanto 50 % dos pacientes com alta mostraram índices inferiores a 45,4 %. Atribuímos a fraca concordância ao baixo índice de probabilidade de morte individual estipulado. É possível que, com nível de corte maior - o que não foi viável em nosso estudo devido ao número pequeno de pacientes com altos índices no momento da internação - o grau de concordância torne-se mais forte.

A partir da análise da criação da variável de evolução prognóstica, para os 112 pacientes com 7 ou mais dias na UTI, verificamos ter sido a evolução dos índices bem mais acentuada para pacientes com alta, em contraste aos que foram a óbito. Isto demonstra, mais uma vez, que apesar do emprego de terapias invasivas e intensivas, em média, os pacientes que evoluíram para o óbito pioraram o seu índice prognóstico de morte individual π .

A análise dos dados entre a probabilidade de morte individual π e o desfecho, bem como em relação às terapias mantenedoras da vida, mostrou novamente ter havido diferenças significativas quanto ao desfecho, para ventilação mecânica, para noradrenalina, para hemodiálise, para transfusão de sangue e derivados e agora também para nutrição parenteral. Ainda céticos quanto aos resultados encontrados, em virtude de, em muitos estudos, o número de pacientes terem sido muito superiores, procuramos, através de recursos estatísticos, calcular e analisar, a partir dos dados reais, um banco de dados virtual primeiramente com 5000 pacientes e, posteriormente, com 10000 pacientes. Perguntamo-nos qual seria o nível de evolução prognóstica capaz de representar o marco inicial para abrir as discussões em torno da futilidade terapêutica a fim de não acrescentar novas terapias mantenedoras da vida às

já existentes. Atribuímos níveis de evolução prognóstica de - 20 %, - 10 % e + 10 %, ou seja, quanto mais negativo fosse a evolução melhor seria o prognóstico e melhores as chances de alta. Os dados mostraram, ao analisar a curva de características operacionais (Curva-ROC) que, quando um paciente apresentar risco provável de óbito inicial em torno de 70 a 80 % e, ao longo dos 7 primeiros dias, apesar das terapias empregadas, piorar o seu prognóstico em 10 %, pelo sistema UNICAMP II, a sensibilidade do teste, respectivamente, é de 23,5 % e 16,3 % e a especificidade é, respectivamente, de 97,4 % e 98,6 %.

A partir desses resultados, com a obtenção de uma alta especificidade, apesar da baixa sensibilidade, parece-nos razoável levantar a discussão sobre futilidade terapêutica. Em cada 100 pacientes que não apresentarem essa evolução, em torno 98 a 99 pacientes sobreviverão ao tratamento na UTI. No entanto, para aqueles que a apresentarem, somente 1 a 2 pacientes sobreviverão a essa internação. Assim demonstra-se, sistematicamente, não ser possível promover a recuperabilidade do quadro clínico do paciente em níveis aceitáveis que acarretem o benefício de sua alta para os leitos de internação hospitalar. Quando isso não é sistematicamente possível, podemos caracterizar como futilidade terapêutica. Portanto, sugerimos que qualquer esforço terapêutico, por meio de terapias mantenedoras da vida, que possam ser acrescentadas na fase tardia de intervenção na UTI, deveria levar em conta, na tomada de decisão, a evolução prognóstica do paciente. Nesse sentido, estaríamos contemplando o princípio da não-maleficência ao nos reportarmos ao conceito de não tentar, obstinadamente, prolongar a quantidade de vida sem nenhum benefício razoável. Apesar desses resultados terem sido obtidos

a partir de um banco de dados virtual, eles foram originados por dados reais de pacientes que, ao longo de 15 meses, estiveram internados em uma UTI universitária de referência nacional, demonstrando representarem eles a realidade dos pacientes internados nas UTIs brasileiras. Certamente, estudos multicêntricos em nosso país poderão vir a sustentar nossos resultados.

5.7 Conclusão

Em nosso estudo procuramos, a partir de uma coorte prospectiva de pacientes com insuficiência respiratória internados em UTI, representativa da realidade brasileira referente tanto à população a ser assistida quanto às melhores técnicas empregadas em cuidados intensivos, discutir a questão da futilidade terapêutica.

Em nosso estudo, constatamos que o modelo de predição prognóstica UNICAMP II é factível, e poderia ser utilizado nas UTIs brasileiras, pois é equiparável aos níveis de modelos internacionais como o APACHE II, de mais fácil aplicabilidade à beira do leito, não necessitando do enquadramento em categoria diagnóstica. Também verificamos a não-existência de critérios claros para sugerir o impedimento do uso efetivo das terapias mantenedoras da vida com bases no diagnóstico de uma doença crônica ou aguda grave, raça, idade ou tempo de utilização dessas terapias. Constatamos ainda, que a evolução prognóstica do paciente nos primeiros 7 dias de internação na UTI, a qual chamamos de fase de intervenção precoce, é de grande auxílio do ponto de vista objetivo na tomada de decisões éticas em torno da não-oferta de novas terapias mantenedoras da vida. Assim, sugerimos a não-oferta de mais

terapias mantenedoras da vida referentes tanto à intensidade quanto à quantidade para pacientes cuja evolução, nos primeiros setes dias de internação, se mostrar desfavorável. Isso seria verificado para aqueles cujo índice prognóstico inicial, de probabilidade de morte, fosse igual ou maior que 70 % e, apesar das terapias empregadas, piorarem seu índice prognóstico em 10 % ao longo dos primeiros sete dias de internação na UTI.

Nossos resultados, certamente necessitarão ser confirmados por outros estudos maiores e multicêntricos em nosso país e/ou no exterior. No entanto, abre-se um novo caminho para se intensificarem as discussões em torno da futilidade terapêutica, bem como em torno do limite sobre a intervenção humana.

Referências

1. Knaus WA, Wagner DP, Lynn J. Short-Term Mortality Predictions for Critically Ill Hospitalized Adults: Science and Ethics. *Science* 1991;254:389 - 94.
2. Stevens L, Cook D, Guyatt G, Griffith L, Walter S, McMullin J. Education, ethics, and end-of-life decisions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2002;30(2):290 -6.
3. Eidelman LA, Jakobson DJ, Worner TM, Pizov R, Geber D, Sprung CL. End-of-Life Intensive Care Unit Decisions, Communication, and Documentation: An Evaluation of Physician Training. *J Crit Care* 2003;18(1):11 - 6.
4. Moritz RD, Nassar SM. A Atitude dos Profissionais de Saúde diante da Morte. *RBTI* 2004;16(1):14 - 21.
5. Workman S, Mckeever P, Harvey W, Singer PA. Intensive Care Nurses' and Physicians' Experiences With Demands for Treatment: Some Implications for Clinical Practice. *J Crit Care* 2003;18(1):17 - 24.
6. Watts CM, Knaus WA. The case for using objective scoring systems to predict intensive care unit outcome. *Crit Care Clin* 1994;10(1):73 - 89.
7. Tong R. Towards a just, courageous, and honest resolution of the futility debate. *J Med Philos* 1995;20(5):165 - 89.
8. Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, Zimmerman JE, Bergner M, Bastos PG, et al. The APACHE III Prognostic System: Risk Prediction of Hospital Mortality for Critically Ill Hospitalized Adults. *Chest* 1991;100(6):1619 - 36.
9. Wagner DP, Knaus WA, Harrell FE, Zimmerman JE, Watts C. Daily prognostic estimates for critically ill adults in intensive cares units: Results from a prospective, multicenter, inception cohort analysis. *Crit Care Med* 1994;22(9):1359 - 72.

10. Gance LG, Osler T, Shinozaki T. Intensive care unit prognostic scoring systems to predict death: A cost-effectiveness analysis. *Crit Care Med* 1998;26(11):1842 - 49.
11. Terzi RG, Gómez MI, Araújo S, Dragosavac D, Falcão ALE, Machado HdC. Índices prognósticos em Medicina Intensiva. *RBTI* 2002;14(1):6 - 20.
12. Hyzy RC. ICU Scoring and Clinical Decision Making. *Chest* 1995;107:1482 - 3.
13. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: A severity of disease classification system. *Crit Care Med* 1985;13(10):818 - 29.
14. Dobson AJ. *An Introduction to Generalized Linear Models*. 2nd ed: Chapman & Hall/CRC; 2002.
15. Jekel FJ, Elmore JG, Katze DL. *Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva*. 1a. ed. Porto Alegre: ArtMed; 1999.
16. Esserman L, Belkora J, Lenert L. Potentially Ineffective Care: a new outcome to assess the limits of critical care. *JAMA* 1995;274(19):1544 - 51.
17. Joynt GM, Gomersall CD, Tan P, Lee A, Cheng CAY, Wong ELY. Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive care unit: triage, futility and outcome. *Intensive Care Med* 2001;27:1459 - 65.
18. Weitzberg DL, Waleska TC, Correia MITD. Hospital Malnutrition: The Brazilian National Survey (IBRABUTRI) a study of 4000 patients. *Nutrition* 2001;17:573 - 80.
19. Alves CJ, Terzi RGG, Franco GPP, Malheiros WMP. Comparação entre o Modelo UNICAMP II e o APACHE II em uma UTI Geral. *RBTI* 2003;15(4):144 - 52.

20. Chang RWS, Jacobs S, Lee B, Page N. Predicting deaths among intensive care unit patients. Crit Care Med 1988;16(1):34 - 42.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base em nosso trabalho entendemos que no contexto da medicina, a ciência e a arte não são partes separadas mas sim intrinsecamente interdependentes e complementares entre si. A bioética clínica demonstra, de forma harmônica, essa combinação de conhecimentos técnico-científicos das ciências biomédicas com o conhecimento filosófico. Pela bioética clínica são resgatados os aspectos humanos da arte da medicina, muitas vezes esquecidos pelo desenvolvimento tecnológico. Desse modo, o homem inicia um desafio à própria capacidade de programar seu futuro tanto do ponto de vista tecnológico quanto ético.

Com a bioética clínica vem à tona a discussão de um tema fundamental no ambiente dos cuidados intensivos: a morte e o processo de morrer. Entendemos que a abordagem da temática sobre a morte com dignidade não acrescenta muito à discussão de qual é o melhor tratamento para aqueles que estão morrendo ou vivendo vidas com qualidade muito ruim. Para nós, a melhor abordagem seria a embasada na indignidade do processo de morrer. As pessoas morrem com dignidade por causa das suas qualidades pessoais, suas virtudes, quaisquer que sejam as circunstâncias na qual se morra. Dignidade é merecimento, porém, indignidade é um afronte a estas características, é dor e sofrimento desproporcional e desnecessário. A fim de contribuir para a dignidade da morte, a medicina intensiva deveria evitar proporcionar indignidades no processo de morrer.

A discussão do tema “futilidade terapêutica” é de fundamental importância para a medicina intensiva no referente à morte sem indignidades.

Nosso estudo procurou discutir essa questão, definindo duas fases de intervenção: a fase precoce e a fase tardia. Verificamos que a predição prognóstica por meio de um sistema evolutivo utilizando o modelo UNICAMP II é factível, tem a vantagem de representar a realidade brasileira nos seus melhores níveis de assistência à saúde e demonstrou ser um sistema com alta especificidade na predição do desfecho morte. Isso certamente traz importante contribuição para auxiliar a tomada de decisão referente à futilidade terapêutica.

Apesar de grande parte da literatura internacional enfatizar a não-existência de diferença moral entre não ofertar e suspender terapias mantenedoras da vida, o desconforto por parte dos médicos quanto a essa situação ainda persiste. Com o nosso trabalho, entendemos que a não-oferta de novas terapias mantenedoras da vida ou o não-acrécimo na sua intensidade quando já ofertadas, seria eticamente admissível na fase tardia de intervenção, se estivessem alicerçadas na evolução prognóstica referente ao estado clínico do paciente. No entanto, suspender terapias já ofertadas, principalmente aquelas referentes ao suporte ventilatório, é um assunto a ser ainda amplamente aprofundado.

Para nós, a questão da futilidade terapêutica deveria ser alicerçada em dois pontos principais: o ponto de vista moral e o técnico. O moral refere-se ao princípio bioético da não-maleficência e, portanto, em não proporcionar indignidades no processo de morrer, isto é, ofertar, sem sentido, terapias prolongadoras apenas da quantidade de vida do paciente, causando-lhe mais dor e sofrimento. Do ponto de vista técnico, as bases seriam a predição da

evolução prognóstica, na qual se demonstrasse, na fase tardia de intervenção, a irreversibilidade da doença e a iminência da morte.

Nosso entendimento é ter o médico intensivista competência para definir se uma determinada terapia terá ou não algum efeito benéfico no curso de sua ação. É de sua responsabilidade aprender a reconhecer as circunstâncias nas quais terá de assumir o fardo de liderar a discussão sobre a possível futilidade de um tratamento. A tentativa de evitar a maleficência em ofertar, sem sentido, mais terapias a um paciente e, assim, prolongar apenas sua quantidade de vida, causar-lhe dor e aumentar seu sofrimento é impedir a indignidade do processo de morrer e vai ao encontro das bases hipocráticas da medicina de fazer o bem.

Acreditamos que o nosso estudo abra caminhos para novas discussões em torno do tema “futilidade terapêutica” e, certamente, as fases de intervenção serão de grande importância. Estamos convencidos da necessidade de mais estudos em torno desse tema, principalmente multicêntricos, para corroborar nossos resultados e conclusões .

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Resolução 196/96)

Título da Pesquisa: *Insuficiência Respiratória e o Limite da Intervenção Humana*

Seu familiar foi internado na unidade geral de cuidados intensivos do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul devido a dificuldade para respirar. Pacientes com estes quadros muitas vezes apresentam dificuldade em manter em níveis normais a pressão arterial, dificuldade no funcionamento dos rins bem como no funcionamento de outros órgãos. Quando isto ocorre os médicos utilizam medicações e aparelhos que mantém o organismo funcionando na esperança de conseguirem a reversão do quadro. Estes aparelhos são os ventiladores mecânicos que ajudam o paciente a respirar, as máquinas de hemodiálise que substituem o funcionamento dos rins, medicações que aumentam a pressão arterial, medicações que fornecem nutrição através dos vasos sanguíneos e transfusões de sangue. Apesar de todos estes recursos, os quais podem manter o paciente vivo por longos períodos, muitos pacientes não conseguem sobreviver.

Nós estamos fazendo um estudo cujo objetivo é justamente avaliar o emprego destes tratamentos e os resultados que se poderia alcançar de acordo com o grau de gravidade do estado do paciente. Nós pensamos que muitas vezes estaríamos causando mais sofrimento aos pacientes ao empregar estes tratamentos quando verificamos através do conhecimento da medicina que já não é mais possível sua recuperação. Para realizar-mos este estudo nós precisamos utilizar os dados registrados no prontuário do paciente enquanto ele estiver internado na UTI. Com base nestes registros é que faremos nossa análise. Este estudo não implica em nenhum tratamento diferente daquele que

o paciente estaria recebendo se não estivesse participando do estudo. O paciente não terá nenhum prejuízo no seu tratamento uma vez que o estudo é de observação sem qualquer possibilidade de interferência no tratamento. Cabe salientar que os dados coletados serão sigilosos e que na apresentação dos resultados não serão divulgados o nome, as iniciais do nome e o registro do paciente. Também não será realizado qualquer tipo de imagem do paciente. Portanto a identidade do paciente ficará em anonimato. Os benefícios deste estudo seria a elaboração de critérios mais consistentes para evitar causar mais sofrimento aos pacientes através do uso da alta tecnologia realçando a humanização nos tratamentos em unidade de cuidados intensivos. Enfatizamos que o consentimento poderá ser suspenso em qualquer momento do estudo por vontade do familiar responsável pelo doente sem que isto implique em qualquer prejuízo ao seu tratamento. Fica claro que quaisquer dúvida gerada pelos familiares responsáveis, durante a realização do estudo, deverão ser esclarecidas. Todos os gastos necessários ao estudo serão de responsabilidade do orçamento da pesquisa. O pesquisador responsável por esta pesquisa é o Dr. Cristiano Corrêa Batista o qual está sendo orientado pelo professor Dr. Carlos César Fritscher e o professor Dr. José Roberto Goldim. O telefone para contato com o pesquisador responsável é 053 99825792. Este documento foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul em .../.../.... . Este documento será assinado em duas vias de igual teor ficando uma via em poder do representante legal do paciente e a outra com o pesquisador responsável.

Data: ___/___/___

Nome e assinatura do familiar responsável

Protocolo de Pesquisa
Insuficiência Respiratória e o Limite da Intervenção Humana

NOME:

PROTOCOLO:

SEXO: (1) masculino (2) feminino (9) outro

COR: (1) branco (2) preto (3) pardo (9) outro

IDADE (anos):

INTERNAÇÃO (data):

SAÍDA (data):

TEMPO DE INTERNAÇÃO (dias):

MORBIDADE 1:

MORBIDADE 2:

MORBIDADE 3:

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA – INÍCIO (dia):

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA - SUSPENSÃO (dia):

DOPAMINA – INÍCIO (dia): SUSPENSÃO (dia):

DOBUTAMINA – INÍCIO (dia): SUSPENSÃO (dia):

NORADRENALINA – INÍCIO (dia): SUSPENSÃO (dia):

NPT – INÍCIO (dia): SUSPENSÃO (dia):

HEMODIÁLISE – INÍCIO (dia): SUSPENSÃO (dia):

UNICAMP II – 1º DIA (%): 3º DIA (%): 5º DIA (%): 7º DIA (%):

APACHE II - 1º DIA (%): 3º DIA (%): 5º DIA (%): 7º DIA (%):

DESFECHO: (1) alta (2) óbito (3) transferido (9) outro

UNICAMP II: RISCO DE ÓBITO = $1 / [1 + \text{EXP} (- Y)]$

Y = - 3,7594 + (APS x 0,1162) + (0,7178 se ventilação mecânica) + (0,7318 se insuficiência renal aguda) + (0,8367 se emergência clínica ou cirúrgica)