

Folha de Informação rubricada sob nº _____ do processo nº _____
(a)_____

Parecer CoBi nº: 008/2022 - Ref. Planejamento de cuidado do paciente

A equipe médica da UCI solicita parecer quanto a condução do caso do paciente M.A.P. de 53 anos, RGHC 92013134^a. O mesmo foi encontrado em via pública e levado pelo SAMU ao PSHC. Logo após a entrada foi diagnosticado um Acidente Vascular Cerebral extenso. Apresentou ao longo da internação uma evolução desfavorável, com deterioração progressiva.

Atualmente o paciente M.A.P. sem sedação, está com o escore de coma de Glasgow 6T, apresenta reflexos de tronco presentes e abertura ocular espontânea. Os parâmetros de ventilação mecânica são mínimos, estável hemodinamicamente sem droga vasopressora, com dieta enteral e uma úlcera de pressão sacral. O doente está próximo ao que seria neurologicamente um estado vegetativo. Na avaliação da Neurologia o prognóstico é reservadíssimo, sendo quase impossível que o doente tenha alguma melhora.

Os esforços do Serviço Social foram infrutíferos até agora para localizar um familiar ou amigo que pudesse discriminar as vontades do doente ou representá-lo nas decisões de cuidados com a saúde. Estas tentativas persistem ainda, mas os mesmos julgam com o passar do tempo ser cada vez mais difícil encontrar um representante do paciente.

Compreendemos a sensação da equipe que manter o suporte vital do paciente é duvidosa. A evolução do conhecimento médico nas últimas décadas nos permite manter pacientes vivos com auxílio de múltiplos recursos. A medicina atual conseguiu criar doentes que só sobrevivem no ambiente de UTI. Um temor que hoje ronda profissionais da saúde que trabalham com a medicina intensiva é a prática da distanásia, que é o prolongamento inútil do processo ativo de morte.

Creemos que algumas decisões em relação ao caso em tela são muito simples de serem discriminadas. Do ponto de vista médico, qualquer paciente em condições clínicas semelhantes não é elegível para as manobras de ressuscitação cardiopulmonar, uso de drogas vasoativas, ou procedimento de terapêutica substitutiva renal. É diferente de um paciente lúcido em atendimento ambulatorial que deseja manifestar suas diretivas antecipadas de vida. A este indivíduo é coerente manifestar sua aceitação ou não dos múltiplos procedimentos médicos. A ressuscitação cardio pulmonar destina-se a prevenção e tratamento da morte súbita, e não ao prolongamento indefinido da vida. Assim, mesmo se surgir um responsável pelo paciente M.A.P. estas opções não são possíveis de sofrerem uma escolha. Estes são condutas médicas. Nossa opinião é que o paciente poderia (e deveria) ser submetido a extubação paliativa. Creemos que esta última decisão elencada seria fácil se tivéssemos o conhecimento das convicções do paciente, e estas fossem alinhadas com este procedimento. Para a maioria dos profissionais de saúde, a não introdução de medidas terapêuticas não é angustiante. Já a suspensão de medidas terapêuticas pode ser menos palatável.

Cabe uma digressão para explicar como um dos pareceristas aproximou-se da Bioética. No início dos anos 90 passei a estudar e praticar cuidados paliativos por influência dos

profissionais de saúde de várias UTIs onde trabalhava. Era uma solicitação comum dos vários colegas (médicos, enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, etc.) que se um dia ocorresse a infelicidade semelhante à de alguns doentes com eles, que eu não permitisse acontecer a distanásia. Quarenta anos passaram e continuam as mesmas convicções declaradas pelos companheiros da UTI. Chamou a atenção que os profissionais responsáveis por cuidar de doentes gravemente enfermos não desejassem eles mesmos receberem estes cuidados.

Considerando que o paciente não possui qualquer condição de responder pelos atos da vida civil, e que conforme buscas realizadas pelo Serviço Social da Instituição não foi localizado nenhum familiar ou amigo, entendemos que o referido Serviço deverá encaminhar notificação ao Ministério Público do Estado de São Paulo, que possui legitimidade para propor ação de interdição.

Os profissionais da saúde lidam diuturnamente com a dificuldade de alinhar as expectativas de seus pacientes com os tratamentos possíveis de uso, paliativos ou curativos. Também precisam harmonizar as crenças individuais de cuidador e receptor dos cuidados, minimizando conflitos. A quantidade de choques e discrepâncias possíveis de surgir neste cenário são imensos. Uns surgem de pacientes e familiares cultivarem uma expectativa excessivamente otimista frente um diagnóstico. O otimismo irreal pode decorrer de veiculação de informações edulcoradas pelos meios de comunicação, ou mesmo ser um modo de estar no mundo, como na história de Poliana. Já testemunhamos também dificuldades nos profissionais de saúde quando tem de cuidar de indivíduos gravemente enfermos ou em fase final de vida. Quando possível, é melhor estes indivíduos migrarem para um local onde doentes graves não frequentam.

Num mundo ideal pacientes e profissionais de saúde deveriam ter um tempo longo para discutir, analisar e definir a melhor opção na condução de um caso. Guardarem em sua mente que esta posição não precisa ser cristalizada, que as circunstâncias mutantes da vida podem desaguar numa nova definição de melhores condutas. O surgimento da medicina baseada em evidências auxiliou na categorização das melhores condutas em geral. Persiste ainda a máxima que o melhor cuidado ocorre “à beira do leito”, adaptando o recomendável pela medicina baseada em evidências ao possível nas circunstâncias do momento.

No mundo real, são comuns os casos como do paciente M.A.P. e a conduta que adotarmos na solução de caso específico poderá sim balizar outros casos semelhantes. Mas a customização é a via final de trabalho destes casos.

Dr. Maurício Seckler
Relator
Comitê de Bioética do HCFMUSP

Dra. Marcella Guilhamat
Revisora
Comitê de Bioética do HCFMUSP