

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

FACULDADE DE MEDICINA

EVELINE BORGES DA SILVA

CONDUTAS PALIATIVAS FRENTE AO DOENTE TERMINAL

MACEIÓ

2022

EVELINE BORGES DA SILVA

CONDUTAS PALIATIVAS FRENTE AO DOENTE TERMINAL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a coordenação do curso de
Medicina da Universidade Federal de
Alagoas, sob orientação do Prof. Dr Gerson
Odilon

MACEIÓ

2022

GERSON ODILON
ANDERSON DE ALENCAR MENEZES
(Organizadores)
ADRIANA CHIARANTANO LAVORATO
LORENA GUERRA GONÇALVES
(Co-Organizadores)

BIOÉTICA, BIODIREITO E DIREITO MÉDICO

Φ Phillos

DIREÇÃO EDITORIAL: Willames Frank
DIAGRAMAÇÃO: Jeamerson de Oliveira
DESIGNER DE CAPA: Jeamerson de Oliveira
IMAGENS DE CAPA: <https://br.pinterest.com>

O padrão ortográfico, o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas do autor. Da mesma forma, o conteúdo da obra é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu autor.



Todos os livros publicados pela Editora Phillos estão sob os direitos da Creative Commons 4.0 https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR

2017 Editora PHILLOS
Av. Santa Maria, Parque Oeste, 601.
Goiânia- GO
www.editoraphillos.com
editoraphillos@gmail.com

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S340p

ODILON, Gerson; MENEZES, Anderson de Alencar; LAVORATO, Adriana Chiarantano, GONÇALVES, Lorena Guerra

Bioética, Biodireito e Direito Médico. [recurso eletrônico] / Gerson Odilon, Anderson de Alencar Menezes (Organizados.) Adriana Chiarantano Lavorato, Lorena Guerra Gonçalves (Co-organizadores) – Goiânia, GO: Editora Phillos, 2020.

ISBN: 978-855-296-246-5

Disponível em: <http://www.editoraphillos.com>

1. Bioética. 2. Biodireito. 3. Direito. 4. Direito Médico. 5. Medicina. I. Título.

CDD: 170

Índices para catálogo sistemático:

1. Ética 170

CAPÍTULO 42

CONDUTAS PALIATIVAS FRENTE AO DOENTE TERMINAL

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), 2018, cuidados paliativos são “cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida” isto é, um conjunto de medidas em prol da qualidade de vida de um paciente fragilizado. Com o objetivo de remediar o sofrimento desse indivíduo, diferentes profissionais da saúde formam a equipe paliativista, como médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas e outros que sejam necessários para trazer conforto àqueles pacientes que necessitem do serviço.

Nos últimos 50 anos, houve um significativo crescimento técnico-científico, que mudou o paradigma das principais causas de morte no mundo. As pessoas deixaram de morrer por doenças infecto-contagiosas e passaram a ser acometidas por afecções crônico-degenerativas. Por isso, discutir questões não apenas relacionadas a cura, mas também sobre a qualidade de vida em doentes terminais é imprescindível.

É necessário, portanto, preparar os médicos e toda a equipe multidisciplinar para reconhecer e trabalhar com cuidados paliativos frente ao doente terminal, evitando que esses sejam encaminhados, sem perspectiva de cura para uma unidade de terapia intensiva, por exemplo. Nesse contexto, o paciente acaba passando seus momentos finais longe de pessoas queridas, submetido a várias invasões de cateter, tendo seu sofrimento prolongado em um leito que poderia ser ocupado por outro paciente com chances de sobrevivência em um ambiente de cuidados intensivos.

Tão importante quanto saber quando salvar uma vida, é saber quando ela não pode ser salva, e o que fazer com o paciente e a família nesse caso. Por deliberação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para Cuidados Paliativos, todos os enfermos com doenças graves, gradativa e sem perspectiva de cura, deveriam ser acompanhados com cuidados paliativos desde o momento da definição desse prognóstico. Já, segundo o Medicare americano, é indicado cuidado paliativo ao paciente com expectativa de vida avaliada menor ou igual a 6 meses, o paciente que fizer a opção de cuidados paliativos exclusivos e abrir mão dos tratamentos de prolongamento de vida e aqueles que são beneficiários do medcare.

Porém, tal cuidado, vai muito além de indicações rígidas e engessadas, ele é norteado por princípios da bioética como a beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Em relação a beneficência, deve-se garantir o controle dos sintomas e qualidade de vida. Ao entender curso básico doença, pode-se prever as possíveis complicações, intervir e controlar os sintomas da doença incurável. Já a não-maleficência, consiste em não infligir dano intencionalmente. Faz-se referência ao termo latino *primum non nocere*: “acima de tudo (ou, antes de tudo) não causar dano”. Obriga-se, portanto, evitar a distanásia (prolongar a morte, com sofrimento desnecessário). O princípio da autonomia, busca-se readquirir a relação médico paciente, muitas vezes perdidas no cenário técnico-científico, preservando a individualidade do paciente, desejos e preferências. No quesito da justiça o que se faz relevante é a morte digna e sem sofrimento.

A morte não deve ser apressada, nem retardada. Uma vez entendido isso, pouparia a frustração sobre o objetivo que muitas vezes parece único, na equipe de saúde: a imortalidade. Além disso, garantiria dignidade ao paciente e pouparia recursos do serviço. Até porque muitos recursos terapêuticos, quando usado de forma banal ou insistente, como, por exemplo, a repetição de exames, o uso de respiradores ou drogas vasoativas, podem ter efeitos nocivos sobrepostos aos benefícios.

Nas últimas horas de vida, nota-se que o paciente deixa de interagir com meio no qual está inserido, é como se ele ficasse mais ausente. Expressões de dor, ou insatisfação deixam de expressadas pelo doente e entendidas pela família. Porém, quando todos estão preparados, esse momento passa a fluir com mais aceitação e serenidade.

Os sinais mais indicativos de terminalidade nas próximas 24 horas são: anorexia e nenhuma ingesta de líquido, imobilidade, alteração cognitiva e sonolência e/ou delirium, mioclônus, dor, colapso periférico, falências funcionais e o ronco final. Diante desses sintomas cabe à família decidir se vão internar ou tratar em casa, a espera do óbito.

É importante paciente esteja ao lado de alguém querido nesse momento, em ambiente que se sinta acolhido, capaz de lhe dar tranquilidade na sua partida. Pode se dispor também de pelo menos uma dose de morfina, midazolam ou haloperidol, no intuito de minimizar o desconforto físico ou psicológico do mesmo, bem como evitar conversas desagradáveis, luzes fortes, cheiros inconvenientes.

Tudo isso, trata-se de uma boa morte que na Prática paliativista objetiva uma abordagem multidisciplinar, voltada ao atendimento da totalidade bio-psico-social-espiritual. Entretanto isto, só será possível quando o paciente passa por todos os estágios segundo a teoria psicológica de Kübler-Ross empregado nos Cuidados Paliativos, em que o enfermo, com o conhecimento da inevitabilidade da morte próxima, vivenciaria a: negação, quando recusa o diagnóstico; raiva ou revolta; negociação ou barganha; depressão, processo de elaboração do luto pela perda da vida e, finalmente, aceitação da própria finitude.

Todavia, assim, como o tratamento final de uma criança é diferente da de um adulto, elas diferenciam-se de país para país. Pois, no Brasil, para os adultos a equipe deve auxiliar na resolução de conflitos ou problemas, já para as crianças uma vez que elas não tiveram tempo suficiente para desenvolver pendências, a prática recai na expressão de seus desejos.

Por outro lado, na França – país com forte tendência psicanalítica – há um incentivo do doente relatar sua autobiografia, visto que a busca da produção de sentidos para o adoecimento, e a resolução de questões afetivas e emocionais consistem em metas relevantes para o morrer bem. Nos Estados Unidos, o modelo congrega 5 termos: obrigado, eu te amo, perdoe-me, eu te perdoo e adeus; devido a predominância individualista, no qual a ideia da manutenção da identidade pessoal é crucial, inclusive ao se tratar da recusa de medicamentos para controle da dor, pela alteração do campo de consciência.

Os cuidados paliativos desenvolveram-se dos questionamentos éticos sobre uma morte menos sofrida, dado há a necessidade de práticas humanistas, como atos de responsabilidade, solidariedade e dedicação, além de competências e habilidades concernentes ao relacionamento interpessoal, onde a equipe de saúde reconheça o indivíduo a quem prestará assistência – quais são suas necessidades e limitações –, possibilitando, condutas sensíveis para com ele e ao seu grupo familiar que está diretamente ligada as atividades de cuidados do paciente e deve-se preparar para perder um ente querido.

Apesar do modelo biomédico ainda ser amplamente utilizado em alguns países ou exerce forte influência na saúde praticada e, por isso, os profissionais de saúde, ainda hoje, terem atitudes bastante sedimentadas em uma concepção mecanicista da vida, dificultando o reconhecimento da realidade complexa e multidimensional do cuidado à saúde. Além disso, o evento da morte atingirá de forma diferente cada profissional da equipe, embora a morte faça parte do contexto da vida e da rotina do ambiente hospitalar, os integrantes da equipe multiprofissional de saúde – em geral – não estão preparados para enfrentar a morte e lidar com a perda de pacientes.

Sendo assim, o despreparo dos profissionais de saúde e as dificuldades pessoais diante da morte e do processo de morrer tiram o direito do paciente e da família de exprimir nesse momento pensamentos, sentimentos, preferências, pendências os quais estão

diretamente relacionados com o processo de luto, seja ele antecipatório ou pós-óbito do paciente.

Ademais, muitas vezes, os cuidados paliativos só são empregados no exclusivo cenário de da priorização de conforto, quando não há possibilidade de modificação ou estabilização da doença. Enquanto, ele deveria ter sido empregado desde a implementação do tratamento curativo, proporcionando ao paciente e sua família um contato inicial com a equipe multidisciplinar responsável e o vínculo de confiabilidade e, portanto facilitando e contribuindo para a articulação e o desenvolvimento de planos estratégicos de assistência integral e contínua que serão discutidas entre a equipe médica, paciente e família.

REFERENCIAS

Fine, P. Hospice referral and care: practical guidance for clinicians. Disponível em: <<http://cme.medscape.com/viewarticle/48740>>

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

PINTO, C. S. Quando o tratamento oncológico pode ser fútil? Do ponto de vista do Paliativista. Rev Bras de Cancerologia, v. 54, n. 4, p. 393-6, 2008

Manual de cuidados paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

Menezes RA, Barbosa P de C. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. Ciênc saúde coletiva. Setembro de 2013;18(9):2653–62.

Paiva FCL de, Almeida Júnior JJ de, Damásio AC. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Revista Bioética*. dezembro de 2014;22(3):550–60.

Braz MS, Franco MHP, Braz MS, Franco MHP. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Janeiro de 2017;37 (1):90–105.