

IEA USP – 2011

IDOSOS NO BRASIL: ESTADO DA ARTE E  
DESAFIOS

Maria Goretti Maciel



**MEDIAR, MEDICAR,  
REMEDIAR E PALIAR**

# PRÁTICA MÉDICA E TERMINALIDADE

# Medicina Hipocrática – sec IV

- ▶ Asclépio ditou as regras.....
- ▶ *No que respeita às pessoas cronicamente enfraquecidas por males internos não se dedica a prolongar e amrgar sua vida....*
- ▶ *Aquele que não é capaz de viver desempenhando as funções que lhe são próprias não devem receber cuidados em razão de ser pessoa inútil tanto para si mesma como para a sociedade.*

# Doente Terminal e Caridade

- ▶ Sec IV – Fabíola, Porto de Roma
- ▶ Sec XIII a XIV – Hospices Medievais em caminhos de peregrinação
- ▶ Sec XVIII a XIX – Ordens religiosas – pobres enfermos.
- ▶ Sec XX – Hospices em Dublin e Londres – doentes incuráveis (câncer e tuberculose).

# RHD – Regime Higieno–Dietético

- ▶ “No início dos anos 70 a cancerologia era especialidade quase exclusiva de cirurgiões e radioterapeutas... mal treinados para enfrentar os problemas dos doentes que não podiam ser mais operados ou irradiados” ...
- ▶ RHD significava “não ter o que fazer”... a família era comunicada para não trazer mais o doente porque os recursos estavam esgotados e encerrava, sua participação no caso”.

# Século XX – Londres – Hospice

- ▶ Cicely Saunders elabora os conceitos, sistematiza o conhecimento
- ▶ Surge o Movimento Hospice Moderno
- ▶ Em 1968 é fundado o St Christopher Hospice
- ▶ Em 1975 o Canadá adota o termo Cuidados Paliativos.

# Década de 1990

- ▶ OMS define e recomenda os Cuidados Paliativos;
- ▶ Filosofia e idealização do Cuidado;
- ▶ A definição da época: Pacientes fora de possibilidade de cura;
- ▶ Pacientes Terminais.

O que fazer com estes doentes?

# Revista veja – 1994 – Morte Digna

- ▶ ...Diante da agonia de um paciente inconsciente, quando todos os recursos médicos foram usados e está decretada a irreversibilidade do caso, o médico coloca à família do doente que um coquetel com doses pesadas de analgésicos pode dar fim ao sofrimento. Por intermédio de um soro, o coquetel mortífero goteja dentro do corpo do doente. Ele dorme um sono cada vez mais profundo. O centro cardiorrespiratório entra em falência. Em até 24 horas, o coração para de bater.

# Revista Isto É – 1996 – Eutanásia

(Chantal Brissac)

- ▶ Em princípio, e na aparência, a eutanásia não existe. Mas na rotina dos hospitais, principalmente no cotidiano das unidades de terapia intensiva, as UTIs, a indução à morte de pacientes sem possibilidade de recuperação é uma atitude que se torna, a cada dia, mais frequente.
- ▶ Os motivos básicos para esse novo comportamento são dois. O primeiro é o fato de boa parte da recente geração de médicos brasileiros entender que uma de suas funções não é apenas ajudar o doente a se salvar, mas também auxiliá-lo a morrer com dignidade, da maneira mais rápida e menos dolorosa possível. A segunda razão é basicamente econômica.

# Cuidado Paliativo:

- ▶ Abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento.
- ▶ Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

# No Brasil

- ▶ A partir de 2000 crescimento de serviços de Cuidados Paliativos.
- ▶ Em 2005 profissionais se organizam para legitimar e difundir esta prática – ANCP.
- ▶ Em 2011 a Medicina Paliativa é reconhecida como área de Atuação de 6 especialidades.

# SERENIDADE ATÉ O FIM – Veja 2005

A busca por maneiras mais humanas de enfrentar os momentos finais da vida.

- ▶ A questão da qualidade de vida dos doentes terminais tem mobilizado comunidades médicas de todo o mundo....a idéia é chegar mais perto do conceito da “boa morte”.
- ▶ Em termos médicos colocar ênfase no alívio da dor, no controle de sintomas, e nos cuidados espirituais e emocionais do doente terminal.

# Revista Época 2008 (Eliane brum)

- ▶ Na ótica dos paliativistas – profissionais que acreditam no respeito à hora do fim como parte do respeito à totalidade da vida –, é nesse momento que a equipe de saúde pode fazer mais: garantir uma morte sem dor física, os sintomas controlados, o paciente consciente e rodeado por quem ama. Nem antecipar a morte nem esticar a vida, mas garantir que se viva até o fim com dignidade.

# O Filho Possível – Eliane Brum 2010

- ▶ Nesta semana, entra em vigor no Brasil o novo Código de Ética Médica. Pela primeira vez, a prática dos cuidados paliativos foi incluída entre as normas que os médicos devem seguir na profissão. Se é novidade no tratamento de doentes terminais adultos, nas unidades neonatais a prática dos cuidados paliativos é uma raridade ainda maior.

...O que acontece na prática  
Alguns médicos, especialmente os das áreas de infectologia e oncologia, em comum acordo com alguns de seus pacientes terminais, aceleram o processo de morte – em geral, mediante o uso de um coquetel de sedativos e analgésicos...



RETROCESSO OU REALIDADE?

# PERSISTÊNCIA

... Na segunda, dia 31 de janeiro, tomamos uma decisão em família: Não reanima-lo caso o coração parasse.

A proposta era dar o conforto necessário para ele não sofrer. Eu concordei...

MINHA HISTÓRIA LÚCIA HELENA FRANCOSE, 66

Seu Departamento

CLAUDIA CRANCO  
RIO DE JANEIRO

Meu filho começou a ficar doente aos 15 anos, logo depois que o pai morreu, de câncer no fígado.

Sócia procuramos seguir o, mas 13 demonstramos que era fibrose cística (forma grave de doença pulmonar) e não uma infecção que devatariam os seus pulmões.

Quando ele já estava respirando por aparelhos, sua mãe, Lúcia Helena Francose, com apoio da família, usou torturas que os médicos não a questionaram caso ele sofresse uma parada cardiorrespiratória.

No último dia 6, às 23h30, ocorreu o falecimento. Mesmo no presente da mãe de 66 anos.

... Presente que o Natal passado seria o último do meu filho ...  
Decidimos não reanimá-lo caso o coração dele parasse ...  
... Fiquei segurando a mão dele, beijando-o até o coração parar de vez

SEMI MEMÓRIA

O FÉ passou a conviver mais tempo com a mãe (Lúcia Helena Francose), mas das últimas conversas, ele disse para a mãe que não tinha medo da morte porque já não havia mais prazer alguma na vida.

Mas eu não deixava o remédios pararem de entrar no corpo dele. Ele dizia: "Mãe, eu não quero mais viver, mãe é pai não dá para viver".

No Natal passado, eu já presentearia com um colar do meu filho. Foi uma festa linda. Eu gostava uma reunião de São Paulo, que era o time que ele tinha paixão.

Nas últimas semanas, 3 dias de internação, e médicos explicaram que os pulmões não funcionavam mais.

Quando ele não doente, o FÉ disse: "Mãe, não tem remédio para mim mais". Mas ele chorou muito. Foi um ponto final da medicina. Eu peguei na máquina dele e disse: "Filho, agora é seu Deus. Eu sei que você pode fazer milagres, vamos confiar".

Eu não chorava perto dele porque ele não chorava. Disse: "Mãe, se você não chorar, o pai vai ser de mim". Ela sorria por dentro, sem demonstrar. Não chorava.

No dia 19 de janeiro, começamos a arrolamento dele no hospital. Viaram os pulmões, as medulas, as vísceras. Ele ficou no hospital por 10 dias. Não deu para respirar mais.

Mas, com o passar dos dias, o desmamar respiratório foi planejado. Ele sentiu muito dor, que só era controlada com morfina a cada quatro horas. No dia 26 de janeiro, foi transferido para a UTI semi-intensiva. Lá não conseguia mais falar direito.

Quando ele já estava respirando por aparelhos, sua mãe, Lúcia Helena Francose, com apoio da família, usou torturas que os médicos não a questionaram caso ele sofresse uma parada cardiorrespiratória.

No último dia 6, às 23h30, ocorreu o falecimento. Mesmo no presente da mãe de 66 anos.



Lúcia Francose, 66, (de azul) mãe de Felipe, e sua irmã, Dulce dos Santos Machado

Conselho prepara ordem para não reanimar doente

de 10 de janeiro

O CMH (Conselho Federal de Medicina) prepara uma resolução autorizando os médicos a não reanimar pacientes em estado terminal que sofrem uma parada cardiorrespiratória.

A ONU (Organização Mundial de Saúde) deve emitir o pronunciamento de pacientes e direitos da vida do doente da sua família. No CMH, a mesma resolução é chamada de DNR (Do Not Resuscitate).

A proposta era que a resolução fosse votada em uma reunião pública. A proposta era que a resolução fosse votada em uma reunião pública. A proposta era que a resolução fosse votada em uma reunião pública.

A nova resolução é um reconhecimento de que a vida não prolonga a vida de doentes terminais, sem chances de cura. O procedimento tem respaldo na Justiça Federal. Também tem respaldo no Conselho Nacional de Medicina. A proposta era que a resolução fosse votada em uma reunião pública.

Ele já aconteceu em hospitais onde há equipes de cuidados paliativos. Ele já aconteceu em hospitais onde há equipes de cuidados paliativos. Ele já aconteceu em hospitais onde há equipes de cuidados paliativos.

# DECISÃO EM FAMÍLIA



Felipe Francose, 23, em seu aniversário no hospital com a família

Eu segui e não falei e disse: "Filho, não fique com medo. Eu vou ficar bem, e sua mãe vai ficar bem, e eu vou ficar bem".

Eu segui e não falei e disse: "Filho, não fique com medo. Eu vou ficar bem, e sua mãe vai ficar bem, e eu vou ficar bem".

Eu segui e não falei e disse: "Filho, não fique com medo. Eu vou ficar bem, e sua mãe vai ficar bem, e eu vou ficar bem".

Eu segui e não falei e disse: "Filho, não fique com medo. Eu vou ficar bem, e sua mãe vai ficar bem, e eu vou ficar bem".

Eu segui e não falei e disse: "Filho, não fique com medo. Eu vou ficar bem, e sua mãe vai ficar bem, e eu vou ficar bem".

Eu segui e não falei e disse: "Filho, não fique com medo. Eu vou ficar bem, e sua mãe vai ficar bem, e eu vou ficar bem".

Eu segui e não falei e disse: "Filho, não fique com medo. Eu vou ficar bem, e sua mãe vai ficar bem, e eu vou ficar bem".

Eu segui e não falei e disse: "Filho, não fique com medo. Eu vou ficar bem, e sua mãe vai ficar bem, e eu vou ficar bem".

# TERMINALIDADE e BIOÉTICA

Ética Principlista. Ética do Cotidiano e  
Ética do Cuidar  
Por Ricardo Tavares de Carvalho

# Bioética

“O objetivo desta disciplina, como eu vejo, seria ajudar a humanidade em direção a uma participação racional, mas cautelosa, no processo da evolução biológica e cultural.

... Escolho *bio* para representar o conhecimento biológico, a ciência dos sistemas vivos, e *ética* para representar o conhecimento dos sistemas de valores humanos”.

*Bioethics: bridge to the future*

Van Rensselaer Potter (Universidade de Wisconsin) 1971

# Tomada de Decisões

## Éticas

- ▶ Beauchamp e Childress 1994 – Principlialista
- ▶ Facilidade de compreensão
- ▶ Visão atual mais ampliada – “Bioética do Cotidiano”

**Justiça**

**Sociedade**

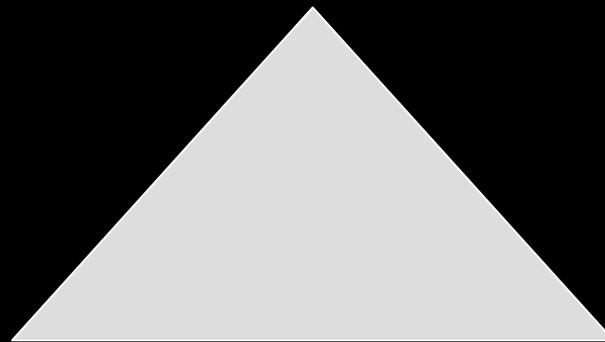
**Beneficência**

**Não Maleficência**

**Médico**

**Autonomia**

**Paciente**



# Bioética do Cotidiano

Alguns temas de grande importância

- O respeito a autonomia
- Dignidade do paciente,
- A preservação do segredo profissional,
- O direito do saber,
- Atitudes de cidadania na saúde
- Cuidados na rotina hospitalar (deslizes éticos)

# A Ética do Cuidar

O elemento essencial de toda forma de cuidado encontra-se na relação entre...

*A pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada*



*Nel Noddings*  
(Universidade da Califórnia)

# Ética do Cuidar

É uma forma de ação baseada no **sentimento** e na relação.

Para cuidar de alguém é preciso poder  
“sentir com o outro”

“sentir com” pressupõe uma atitude de  
**acolhimento e empatia.**

# VINCULAR-SE

....numa dinâmica  
complexa, rica em  
significados e  
responsabilidades.

.....ser capaz de identificar o que ELE PRECISA.....  
ajudar a re-significar ... ações, omissões, desejos,  
medos....e sofrimento.

# Tomada de Decisões – Obstáculos

**Discordância entre  
Profissionais**

**Desinformação**

**Insegurança**

**Dúvidas e receios sem  
Fundamentação**

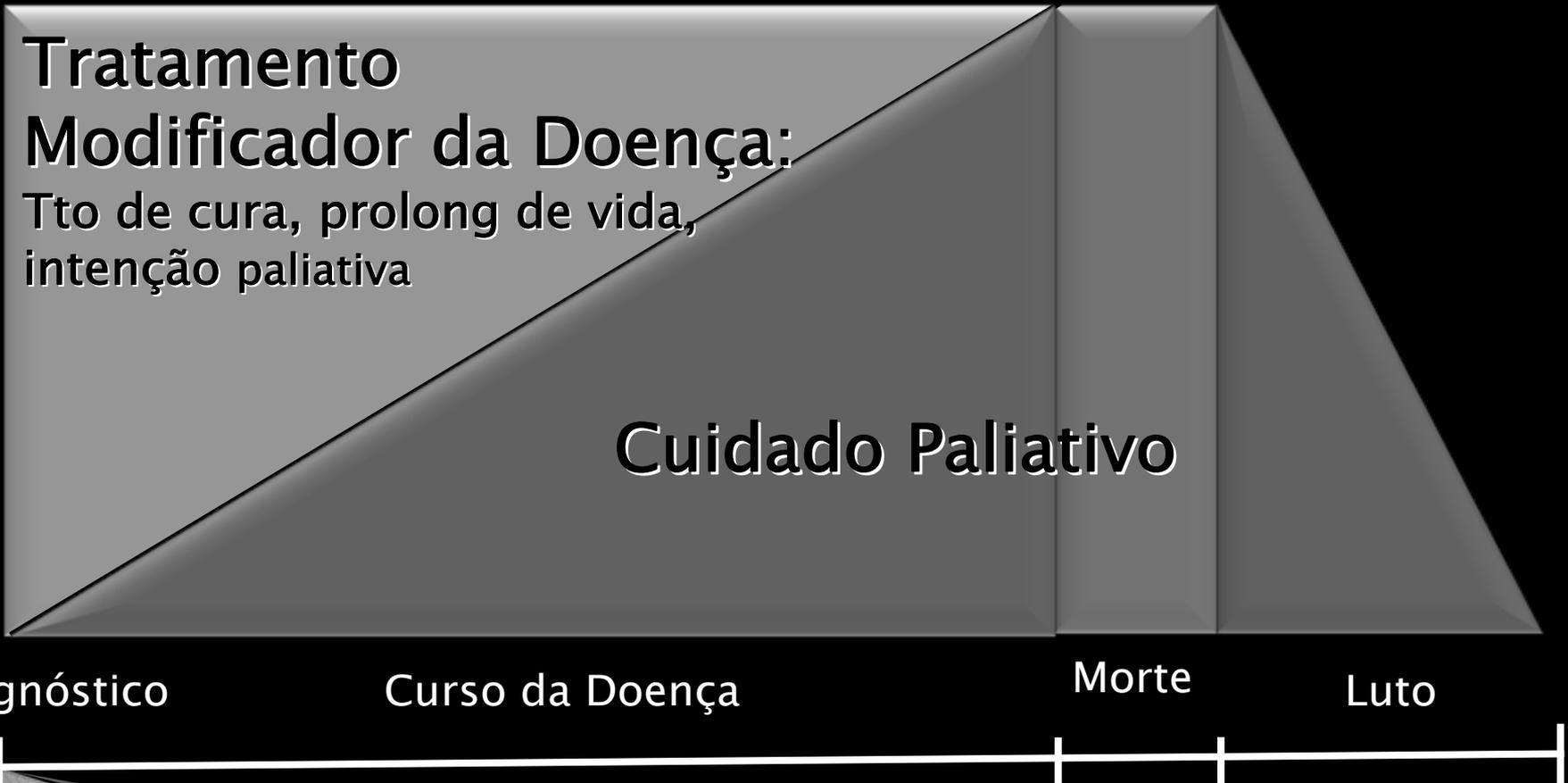
Na Prática...

O Ritual Concretiza a Filosofia

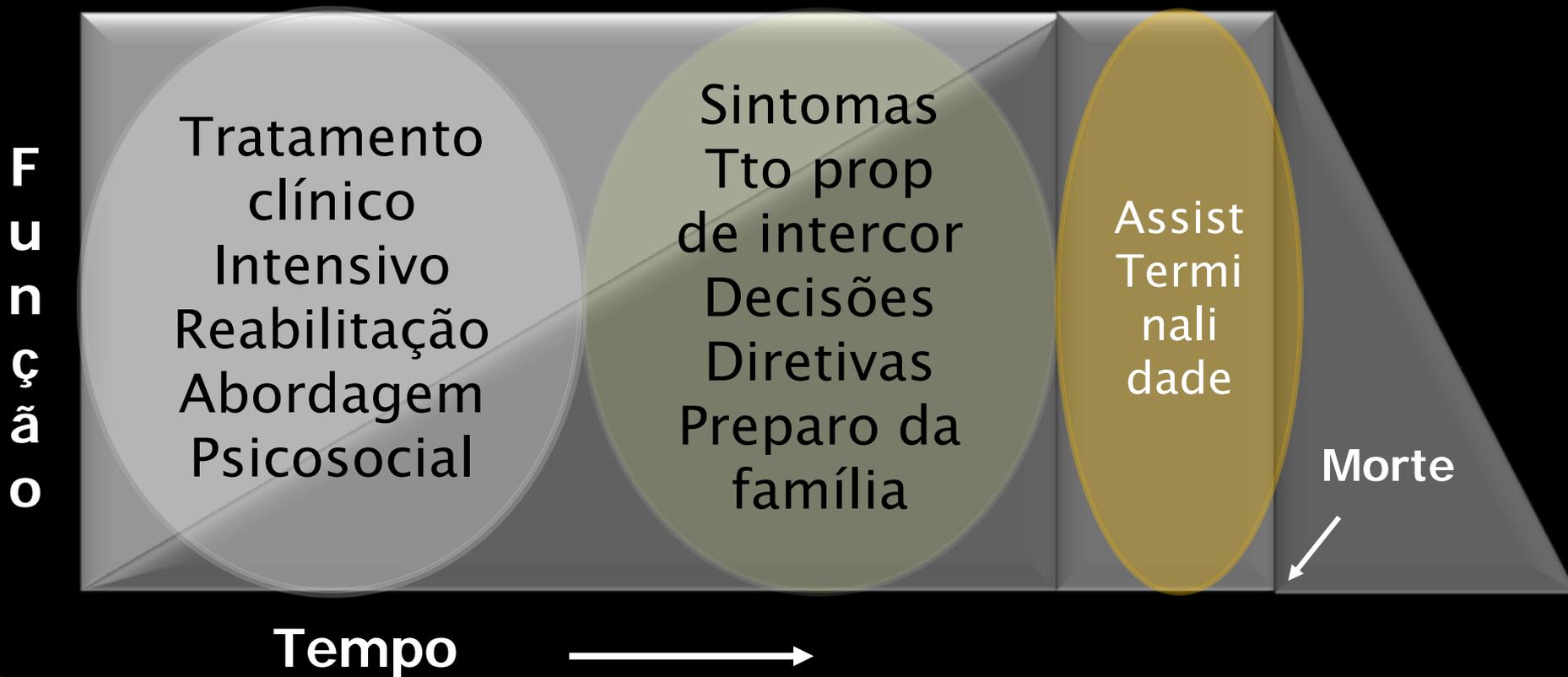
# Cuidados Paliativos

- **Sistemática de atuação:**
  - **Biografia**
  - **História natural da doença**
  - **Estágio atual da doença**
  - **Objetivos claros e pertinentes**
  - **Necessidades**
  - **Atenção aos detalhes**

# OMS – 2007



# Assistência ao doente:



# TERMINALIDADE e JUSTIÇA

Leis, Resoluções e Pareceres Jurídicos

# Resolução CFM 1805/06

- ▶ (art.1º) "É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

# Resolução CFM 1805/06

- ▶ **Parágrafo primeiro:** O médico tem obrigação de esclarecer ao doente ou responsável legal as modalidades terapêuticas adequadas a cada situação.
- ▶ **Parágrafo segundo:** A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.
- ▶ **Parágrafo terceiro:** É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

# Comportamento da Justiça:

- ▶ Promotor de Brasília argumenta que a resolução incita à eutanásia passiva.
- ▶ Juiz 14 vara do DF (Roberto Luiz Luchi Demo) acata a acusação e suspende a resolução por uma liminar.
- ▶ CFM convocado a depor em setembro de 2008.

# Resultado...

- ▶ Em setembro de 2010 a Procuradoria da República (Ministério Público Federal) julga a ação cível movida contra o CFM improcedente.
- ▶ O Juiz Demo acata o parecer superior e a resolução volta a vigor em 01/12/2010.

# Principais argumentos da Justiça:

- ▶ ...Na Medicina atual há um avanço no trato de patologias graves e incuráveis no sentido de proporcionar ao doente não necessariamente mais anos de vida, mas, sobrevida com qualidade...
- ▶ ...A questão da terminalidade e a necessidade de se adotarem ou não novas terapias é da essência da atividade médica, não havendo legitimidade alguma ao jurista imiscuir-se no tempo, na forma e nas circunstâncias em que tais decisões serão tomadas...

Luciana Loureiro Oliveira – Procuradora da República

# Argumentos da sentença:

- ▶ Vale salientar que a dificuldade em estabelecer a terminalidade não é menor ou maior que outras dificuldades enfrentadas pelos profissionais da medicina, ao diagnosticar uma doença rara ou ao optar por um tratamento em lugar de outros, sabendo-se que uma posição não exata poderá trazer conseqüências distintas para o paciente. Isso porque não existe 100% de certeza na medicina. Assim, desejar que os médicos atuem frente a um doente terminal com absoluta certeza da inevitabilidade da morte não é um argumento válido para recusar a legitimidade da ortotanásia, porque a exigência é incompatível com o próprio exercício da Medicina, que não pode se obrigar a curar o paciente, mas pode comprometer-se a conferir-lhe a maior qualidade de vida possível, diante do seu estado e dos recursos técnicos existentes.

# UM CÓDIGO NOVO

Resolução CFM 1931

# Código Brasileiro de Ética Médica – abril 2010:

*“Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”.*

# Código Brasileiro de Ética Médica –2009:

- ▶ Capítulo V – Relação com pacientes e familiares”
- ▶ É vedado ao médico
- ▶ Art 35: “exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica”...
- ▶ (Art 36.É vedado ao médico abandonar o paciente sob seus cuidados.
  - Par 2. *“O médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo, ainda que para cuidados paliativos”*.

## Código Brasileiro de Ética Médica –2009

### É vedado ao médico:

*Art.41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.*

- *Parágrafo único: “Nos casos de doença incurável e terminal deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente, ou na sua impossibilidade, de seu representante legal”.*

## Lei Estadual nº 10.241, 17 de março de 1999 - Dispõe sobre direitos dos usuários de serviços de saúde

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

I - ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;

VII - consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;

XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e

XXIV - optar pelo local de morte.

# AS NOVAS LEIS

Há pelo menos 5 projetos em discussão na  
Câmara

QUAL LEI O BRASIL  
PRECISA?

# Um projeto de lei justo

- ▶ Reconhece que a pessoa portadora de enfermidade terminal tem DIREITO a assistência adequada e proporcional em todas as fases da sua doença.
- ▶ Reconhece o Cuidado Paliativo como um tratamento adequado a pacientes em situação de terminalidade.

# Um projeto de lei justo

- ▶ Define como Cuidado Paliativo o que de fato é Cuidado Paliativo:
  - Objetivo = melhorar a vida;
  - Assistência Integral a pacientes e familiares;
  - Enfoque na pessoa doente;
  - Respeita a finitude do ser humano.
- ▶ Reconhece que as diretrizes para esta assistência deve ser definida pelo órgão competente.

ESTE É O PRESENTE!

OBRIGADA!