REFLEXÕES BIOÉTICAS NAS UTIS CONTEMPORÂNEAS

João Andrade Leal Sales Jr.[1]

INTRODUÇÃO

As UTIs são o local destinado à internação de pacientes que requerem vigilância especializada, materiais e equipamentos específicos, profissionais especializados, monitorização contínua (AMIB, 2009). Desde o surgimento destas unidades na década de 1950 (BERTHELSEN, 2003), a incorporação tecnológica foi crescente. Uma medicina cada vez mais intervencionista fez aumentar a demanda por leitos de cuidados intensivos. As UTIs contemporâneas possuem recursos tecnológicos de suporte a vida inimagináveis até poucas décadas atrás. O uso correto de todo este maquinário e medicações tem proporcionado o salvamento de muitas vidas. A questão muitas vezes demasiado complexa, é estabelecer o limite em cada caso singular do que seria o melhor para determinado paciente e em cada fase da evolução da doença. A mudança do quadro clínico pode requerer um redimensionamento do planejamento terapêutico e reavaliação permanente do que pode ser o melhor para o padecente. É esperado que estejamos agindo sempre no melhor interesse do mesmo. Todavia, com todo esse arsenal terapêutico temos observado que muitas vezes o intensivista pode se perder na ponderação entre benefício e malefício. De fato, não é simples acompanhar esse ponto de equilíbrio a todo o momento. O que seria melhor em determinada situação? Não submeter a determinados procedimentos invasivos? Determinar o limite

---

[1] João Andrade L. Sales Jr é médico clínico geral e intensivista, tendo gerenciado Unidades de Terapia Intensiva e participado da diretoria da SOTIERJ (Sociedade de Terapia Intensiva do Rio de Janeiro). Em 2006 esteve no Hospital Erasme, Universidade Livre de Bruxelas, em um Fellow em medicina intensiva. Atua como médico intensivista no Instituto de Traumato-Ortopedia (Ministério da Saúde). Pós-graduado em Cuidados Paliativos pelo Instituto Paliar. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz. Professor de Bioética na UFRJ e NUBEA (Núcleo de Bioética Aplicada).

entre o dano e o não-dano, beneficência e não-maleficência? Respeitar ao máximo a autonomia do paciente? Esse "melhor", embora difícil de precisar em determinados momentos, necessita reflexão contínua. A crescente incidência de relatos de distanásia e futilidade terapêutica nos desafia nesta questão. A primeira no entendimento do prolongamento desnecessário do sofrimento. A outra a inserção ou manutenção de tratamentos que sabidamente não trarão benefícios para o enfermo (vide parte conceitual neste capítulo). Ainda naquela pergunta de oferecermos o melhor em todos os casos, permitir uma morte digna pode ser uma das respostas. Há muito estamos nos questionando nos embates técnicos sofisticados das reuniões multidisciplinares, qual seria o limite de violação da dignidade; e se de fato estaríamos agindo eticamente. O caso a seguir nos ajudará nas reflexões doravante.

O CASO

"Quando assumi o plantão, iniciei pelo leito 12. Uma sra de 78 anos. Iniciamos nossa evolução médica com o tempo de internação. Em seguida uma lista de diagnósticos e de procedimentos. Assim coloquei: D 98 UTI; Pneumonia e insuficiência respiratória; D 22 de Parada Cardio-Respiratória; D22 de Coma Aperceptivo (nos referimos aos estados de coma profundo); D 45 de hemodiálise; D58 de ventilação mecânica. Tinha ainda os dias de antibiótico, de cateteres. Esta paciente estava muito edemaciada, deformada. Vários hematomas pelo corpo. Estava viva. Havia atividade elétrica cardíaca sendo registrada no monitor. Os pulsos palpáveis. Débeis reflexos de tronco cerebral. Enfim, não havia critérios de morte cerebral (vide conceituação mais adiante). Aparelhos sofisticados, gráficos variados mostrando as pressões e os volumes cardio-respiratórios. Exames de sangue diários para ajudar nas decisões sobre o funcionamento do corpo. Essa era a sra Lídia. Faleceu com 101 dias (D 101) de UTI com diagnóstico de Disfunção de Múltiplos órgãos e Sistemas. Geralmente os pacientes de longa permanência em UTI evoluem desta forma".

Com a massificação dos atendimentos em saúde, há um fenômeno de despersonificação do ser. O indivíduo existe como parte de um todo. Nas muitas anotações que fizemos nestas décadas em UTIs, presenciamos centenas de

casos como o da sra Lídia (nome fictício para preservação da privacidade). O leito 12, “o caso do leito 17”, “o do 318”. “Aquele das duas paradas cardio-respiratórias”. “Aquele do câncer”. Aquele que “não morre”.

“Quem” não morre? A pergunta incomoda pela coisificação imposta por uma assistência cada vez mais desumanizada. Se não é mais “Lídia”, o que se tornara? Um objeto de manipulações fúteis? Quando os intensivistas analisam criticamente os inúmeros parâmetros fornecidos pelos aparelhos, as decisões residem numa questão puramente técnica. Estaríamos usando toda esta tecnologia para proporcionar o melhor para cada paciente? A pergunta pode parecer estranha - no pressuposto de que a medicina se propõe a curar os males, amenizar os sofrimentos. No entanto, o avanço tecnológico nestas unidades suplantou nossa capacidade de julgamento moral de nossas ações.

Todo esse crescimento é questionado mais e mais à luz da bioética. O suporte artificial de órgãos por máquinas e medicações tem gerado questões éticas em vários aspectos: qual o limite aceitável do prolongamento artificial de vidas em intenso sofrimento e sem uma perspectiva de retorno a um mínimo aceitável de dignidade? É certo que uma das questões contemporâneas é essa redefinição do tempo para a morte. Não havendo a morte dita natural nas UTIs, como estar certo de não estarmos mais sendo beneficentes e não maleficentes; de não estarmos violando o respeito a autonomia? Evidente que criar uma percepção do que estaria concebido naquele “mínimo”, envolve uma reflexão técnica, ética e humanística. A evolução da biotecnociência (ver conceito adiante) demanda uma análise crítica do próprio uso da técnica; os limites de intervenções, incluso a indicação de determinados dispositivos, a moralidade da manipulação dos corpos sob o pressuposto de recuperar a saúde e salvar vidas (SCHRAMM, 2010). É esperado que profissionais comprometidos para atender ao melhor interesse dos pacientes, se façam questionamentos e instituam um balanceamento entre deveres, valores e possíveis consequências de nossas ações.

O caso mencionado foi apenas um exemplo das centenas de casos semelhantes que vemos nas UTIs hodiernas. Treinados para salvar vidas, somos intensamente incentivados pela lógica da cura, com maquinário sofisticado nas UTIs e o indelével desejo de obstruir a morte. Esses templos de portas trancadas, e muitos ruídos, parecem ter se tornado um grande

laboratório para negar nossa natureza humana. Os anos foram se passando e uma curva de dissociação entre a coerência, a proporcionalidade e a obstinação terapêutica, no esteio de salvar vidas, proporcionou um crescente cenário distanásico. Vidas mantidas vivas sem um propósito claro. Sem mesmo a reflexão do que seria uma vida. O real propósito das UTIs começara a ser questionado. A artificialidade no suporte de órgãos em muito excedia a tal coerência. Uma confrontação primitiva com a finitude, contra a natureza humana (ROCKER, 2003; ELIAS, 2001). Um embate não refletido madrugadas afora. Afirmar a vida com as cada vez mais máquinas automatizadas e drogas promissoras. Monitores multiparâmetros e telas grandes e coloridas atestando nossa suposta capacidade de extrapolação técnica. O aperfeiçoamento das técnicas em medicina intensiva aliadas aos respiradores artificiais, máquinas de diálise renal, bombas infusoras e muitos outros equipamentos, proporcionaram a recuperação de centenas de casos. E, claro, a biotecnociência trouxe grande avanços na prevenção e cura de doenças. Todavia, um questionamento se tornou frequente: como lidar com o prolongamento artificial de vidas que caminham inexoravelmente para a morte? Qual a legitimidade ética de algumas intervenções? Vemos a importância do questionamento da técnica e a moralidade do seu uso. A medicalização e hospitalização da morte em um ambiente altamente tecnicista suscitaram estes e muitos outros dilemas éticos (SINGER, 1998; CALLAHAN, 2012). Como lidar com a finitude e proporcionar uma morte digna em um ambiente arquitetado para salvar vidas? As UTIs se apresentam como um palco potencial para o exercício da onipotência e enaltecimento do narcisismo médico (LELOUP, 1999). As UTIs são cenário de grandes tensões da vida, incluso o sofrimento e a morte. Nossos valores estão sob risco. Nossos planos de vida podem ser interrompidos. E, de fato, em torno de 80 % da população vem a falecer em ambiente hospitalar. E uma parcela nas UTIs. Nos EUA, aproximadamente 20% de todas as mortes ocorrem nas UTIs (CAMPBELL, 2006). É estimado no Brasil dados semelhantes (MORITZ, 2008 e 2009).

Temos de definir o que seria a bioética. Não entraremos em aspectos históricos, mas vale ressaltar que os abusos na manipulação dos corpos em pesquisas, em especial desde a segunda guerra mundial, demandaram normatizações para a legitimação ética das pesquisas e do exercício das ciências

em saúde [apenas para citar alguns aspectos] (BEECHER, 1966; KUHSE e SINGER, 1998).

Algumas definições são importantes para entendermos melhor o percurso que ensejamos. Ambas a seguir são muito representativas:

> Por bioética entende-se o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos [cujos] efeitos afetam profunda e irreversivelmente, de maneira real ou potencial, *os sistemas vivos* (Kottow, 1995).

Schramm (2009):

> A Bioética é uma ética aplicada que visa "dar conta" dos conflitos e controvérsias morais implicados pelas práticas no âmbito das Ciências da Vida e da Saúde do ponto de vista de algum sistema de valores [chamado também de "ética"]. Tem uma tríplice função, reconhecida acadêmica e socialmente: (1) descritiva, consistente em descrever e analisar os conflitos em pauta; (2) normativa com relação a tais conflitos, no duplo sentido de proscrever os comportamentos que podem ser considerados reprováveis e de prescrever aqueles considerados corretos; (3) e protetora, no sentido, bastante intuitivo de amparar, na medida do possível, todos os envolvidos em alguma disputa de interesse e valores, priorizando, quando isso for necessário, os mais "fracos".

Para o objeto deste capítulo colocaremos alguns aspectos relevantes de referenciais teóricos em bioética e a referenciação com a prática nas UTIs. Trataremos do principialismo [autonomia, beneficência, não maleficência e justiça], aspectos da ética das virtudes e uma reflexão do agente moral.

O PRINCIPIALISMO. A ÉTICA DAS VIRTUDES. O AGENTE MORAL

O Principialismo se inicia com a publicação *Princípios da Ética Biomédica* dos estadunidenses Tom Beauchamp e James Childress, em 1979 (BEAUCHAMP, 2012). A proposta é de uma ética aplicada aos problemas médico-assistenciais. Princípios ajudam a apontar um caminho para a estruturação do pensamento moral. Estes autores consideram como norteadores: o respeito a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça.

Do ponto de vista etimológico, a palavra autonomia deriva do grego *autos* [próprio] e *nomos* [regra, governo ou lei]. Referida inicialmente com conotação política, a autogestão das cidades-estados gregas, passou a estender-

se aos indivíduos, sua liberdade individual. Podemos nos referir a uma capacidade de agir conforme suas escolhas e desejos (BEAUCHAMP, 2012).

Se voltarmos o olhar para os pacientes confinados nos cubículos das UTIs, podemos inferir um risco real na potencialização da autonomia. Essa relação médico-paciente que sempre tendeu a assimetria, tem a potencialização desse risco nas UTIs. O confinamento nestas unidades já é um fator que pode comprometer a capacidade de julgamento. De fato, temos presenciado um número crescente de pacientes com autonomia bastante comprometida ou ausente, como nos casos de coma, neoplasias malignas terminais, doenças neurológicas degenerativas, disfunção orgânica múltipla, dentre outras situações correlatas. No Brasil, estas situações estão cada vez mais presentes nas UTIs (MORITZ, 2005; SALES JR, 2006). Nas UTIs estadunidenses, e em todo o mundo, temos um cenário singular no objeto deste tópico: chega-se a relatos de autonomia comprometida em até 95 % dos pacientes internados, seja pela própria doença e/ou pelo tratamento necessário [sedativos e outras medicações que podem comprometer a consciência e capacidade de julgamento] (TRUOG, CAMPBELL e CURTIS, 2008).

Como assegurar, então, que seu plano de vida será respeitado? Temos uma complexa questão ética imposta. E, como já vimos, não raro caberá a terceiros, a decisão mais acertada. Não é simples fazer prevalecer os princípios da beneficência e da não maleficência. Lembremos da Sra. Lídia, o caso que abre este capítulo. Se tivéssemos respeitado sua autonomia, legitimando seus desejos, certamente a mesma teria um fim compatível com sua biografia. A limitação terapêutica é eticamente e legalmente aceita. O pressuposto do respeito a autonomia e agir visando o melhor interesse para o paciente são pilares importantes que reforçam a afirmação anterior. Respeitar a recusa de uma cirurgia, de um procedimento invasivo, de não ser submetido a reanimação cardio-pulmonar; sim, são situações que podem estar legitimadas dentro dos valores do paciente, do respeito a sua autonomia, e bastante coerentes e proporcionais dentro de um cenário singular. Estabelecer uma comunicação clara com a família, os responsáveis legais, a equipe multiprofissional, documentar no prontuário médico. Aceitar a evolução natural para a morte é uma aceitação da condição humana. Quando não é mais possível um tratamento curativo, a vida pode e deve continuar sendo significada

e com acolhimento pela sociedade. Os cuidados paliativos serão fornecidos e assim é tratado no Código de Ética Médica (CEM) brasileiro: no capítulo I, inciso XXII**:**

> 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.

O empoderamento com as chamadas Diretivas Antecipadas de Vontade, já previstas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), podem evitar estas violações de valores e atuarmos sempre para o melhor interesse do paciente. Assim está na RESOLUÇÃO (nº 1.995/2012): Art. 1º "Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade".

Em relação ao princípio da não maleficência, remonta a tradição deontológica hipocrática, *primum non nocere* [acima de tudo, não cause danos]. Nem sempre os limites entre beneficência e não maleficência ficam evidentes (BEAUCHAMP, 2012; CREMESP, 2016). O que poderia ser melhor para um paciente em morte iminente, em um quadro irreversível na UTI: manter os aparelhos de suporte artificial é beneficente ou maleficente? Assegurar analgesia adequada, presença da família, higiene adequada do corpo, seguramente estaremos afirmando a dignidade da vida, valorando a biografia. Entendemos que a dificuldade anterior de distinguir em alguns casos o dano do não-dano, se amplifica cada vez mais nas tecnológicas UTIs hodiernas. Uma indagação inicial pode nos ajudar muito: As medidas instituidas estão proporcionais ao benefício esperado para um determinado quadro? Se pensarmos na sra Lídia, a reflexão proporcionará um bom exercício nessa direção da coerência; de singularizarmos cada caso.

O princípio da justiça, traz à tona o problema da contraposição de interesses individuais e os da sociedade. Em situação de limitação de recursos,

quem deveria ter prioridade em determinado tratamento? Quando surgiram as primeiras máquinas de hemodiálise não havia disponibilidade para todos os portadores de insuficiência renal grave (SCHRAMM, REGO e PALACIOS, 2005). Como selecionar os pacientes da forma mais justa? E a relação com os demais princípios? Visaria encontrar soluções para os conflitos da vida coletiva. Em uma sociedade com sérias assimetrias a bioética brasileira encontra neste princípio um campo amplo de discussão na justiça distributiva. Se aludirmos a Sra. Lídia, a tensão gerada pela obstinação terapêutica [o uso inapropriado dos recursos] reverbera em todo o sistema.

Quando refletimos a bioética e tratamos de qualificar nossas ações, ressalta a importância do agente moral. A qualificação moral, podemos referir como uma virtude, um atributo positivo do agente referido. O agir de forma beneficente extrapola o cumprimento de normas, é uma inclinação natural do indivíduo. Para Aristóteles, a virtude é essencialmente adquirida pela repetição de atos moderados. A virtude é o resultado do costume de agir prudencialmente (PEGORARO, 2006; ABBAGNANO, 2012).

Vemos que não será suficiente um conjunto de princípios éticos. Qualquer dissociação do agente moral virtuoso, aumenta o risco de escolhas inadequadas, ameaças a autonomia; riscos no uso não refletido da biotecnociência. O profissional de saúde que desenvolve essa vocação para virtudes morais tenderá a fazer boas escolhas. Podemos nos referir a virtude moral da prudência [do grego *phronesis*], de grande importância para Aristóteles. A decisão mais acertada está relacionada a sabedoria prática da prudência (GRACIA, 2010). Vemos uma característica valorativa na ética das virtudes que contribuirá fortemente na deliberação médica. Subjugados a um sistema onde a técnica ganha importância excessiva e temos de nos adaptar a uma verdadeira cadeia de produção, a prudência é vital para seguirmos uma linha de cuidados que seja a mais coerente possível (BOFF, 2002; PASTURA, 2016).

ALGUNS CONCEITOS IMPORTANTES

Limitação terapêutica: Não instituir uma terapia [Withholding]: quando não iniciamos uma determinada terapia ou não ampliamos intervenções de

suporte artificial a vida. Suspensão de terapia [Withdrawing]: Quando suspendemos ativamente uma medida de suporte artificial. Exemplo: suspensão de vasopressores [medicações para normalização da pressão arterial quando em níveis muito baixos], de hemodiálise, de ventilação mecânica. Já temos respaldo ético e jurídico para instituir Ordem de Não Reanimação (ONR), documentando no prontuário todos os detalhes [que deverão incluir os nomes de familiares e a ciência dos mesmos] (PRENDERGAST, 1997; CHAMBAERE, 2011). Nestes casos de ONR a equipe tem de estar bem ciente de tudo e de acordo. Importante ver o posicionamento nesta questão no Código de Ética Médica (CEM) e Conselho Federal de Medicina que citamos na discussão de autonomia.

Morte encefálica (ME): A ausência de reflexos neurológicos e ausência de fluxo sanguíneo e/ou atividade elétrica encefálica, confirmam a ME. É confirmada após cumprimento de protocolo que inclui avaliação por dois médicos com intervalo definido, exclusão de causas reversíveis [exemplo: coma induzido por medicamentos], além de ao menos um exame complementar [eletroencefalograma, doppler transcraniano, angiografia cerebral ou outro pertinente]. A sua confirmação confirma a morte. Os aparelhos de suporte artificial devem ser desligados após comunicação adequada com familiares e equipe assistencial. Na Resolução do CFM Nº 1.826/2007, é definido no Art. 1, "É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não-doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante." A ME nos desafia na capacidade da equipe em lidar tecnicamente e eticamente com a situação. As falhas de comunicação e a falta de intimidade com a finitude, criam frequentemente conflitos entre os profissionais e também com os familiares.

Biotecnociência: é referida por Schramm (2010) como "[o] conjunto de ferramentas teóricas, técnicas, industriais e institucionais que visam entender e transformar seres e processos vivos, de acordo com necessidades e/desejos de saúde [e] visando a um genérico bem-estar de indivíduos e populações humanas". A moralidade do uso de dispositivos de suporte artificial deve estar sempre no debate ético nas UTIs.

Eutanásia: abreviação do processo de morrer em pacientes sob incontornável sofrimento físico, emocional e existencial. Pode ocorrer por ação [exemplo: injeção de medicação letal ou desligamento de aparelhos de suporte artificial] ou não ação [não introdução de medidas de suporte vital]. A primeira é adjetivada como a forma ativa e, a segunda, como a forma passiva (SIQUEIRA-BATISTA, 2006). O agir de forma misericordiosa pode abreviar a pena. De origem grega, a palavra eutanásia significa boa morte ["EU" significa boa e, "THANATOS", morte]. Dada a conotação enviesada do termo desde o mal-uso como "boa morte" nos campos de extermínio (ALEXANDER, 1949) [projeto nazista do Terceiro Reich: o programa Aktion T4], o seu uso tem sido evitado. De fato, a grande preocupação é sua interpretação indevida na prática assistencial. E, se estivermos corretos, como legítimos agentes morais, é inconcebível que alguém aja intencionalmente para "matar" alguém. Quando há uma solicitação expressa do doente para ajudá-lo a morrer, introduzimos os cuidados paliativos [ver a seguir].

Cuidados Paliativos: utilizamos a definição da Organização Mundial de Saúde (2017):

> Abordagem terapêutica que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam problemas decorrentes de uma doença grave, ativa, progressiva [que ameaça a vida], através da prevenção e alívio do sofrimento, com identificação precoce, avaliação adequada e tratamento impecável dos problemas não só físicos, mas também os psico-sociais e espirituais.

Os cuidados paliativos não visam apressar ou adiar a morte, outrossim, qualificar a vida em todo o seu tempo.

Distanásia: prolongamento desnecessário do sofrimento no processo de morrer. Frequentemente com o emprego de medidas obstinadas para diagnóstico e tratamento e uso desproporcional dos dispositivos técnicos. Não raro há uma dificuldade dos profissionais de saúde de lidarem com a finitude e com as perdas. Uma lacuna no exercício da compaixão e da empatia (PESSINI, 2011).

Ortotanásia: morte no tempo certo. Acompanhamento com dignidade do processo de morrer. Como o prefixo grego *orto* significa "correto", ortotanásia tem o sentido de morte no seu tempo", sem abreviação nem prolongamentos desproporcionados do processo de morrer (GAFO, 1990). O vocábulo é pouco usado na literatura mundial.

Mistanásia: a morte por exclusão social, por falta de acesso ao sistema de saúde; por privação do exercício de suas capacidades básicas. Martin (1998) coloca a mistanásia em "uma categoria que nos permite levar a sério o fenômeno da maldade humana" e especifica algumas situações: "primeiro, a grande massa de doentes e deficientes que, por motivos políticos, sociais e econômicos, não chegam a ser pacientes, pois não conseguem ingressar efetivamente no sistema de atendimento médico; e os pacientes que acabam sendo vítimas de má-prática por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos".

VOLTANDO ÀS REFLEXÕES

Se há questões éticas importantes nas intervenções nestas unidades, também a moralidade da própria internação pode sofrer questionamentos. Estamos dispostos a legitimar todo o saber técnico para o melhor interesse do paciente. A reflexão ética não pode excluir do debate a própria indicação das internações. É evidente que a imediata disponibilização do leito intensivo, nas indicações adequadas, e a abordagem diagnóstica e terapêutica precoces melhoram muito o prognóstico. Há um impacto em redução da mortalidade (SALES JR, 2006; TANG, 2017). Ora, então é certo que estamos tratando de questão ligada a moralidade de nossa abordagem na medicina intensiva e os referenciais éticos já discutidos. É crítica a necessidade de uma gestão sustentável. Está em pauta não apenas o limite financeiro (PRONOVOST, 2001), mas a própria sustentabilidade moral do uso deste arsenal [a priori, obviamente, para benefício dos vulnerados em sua saúde]. Se, no sistema público, a carência de vagas gera tensões na justiça distributiva, no setor privado, uma eventual ocupação de leitos com indicações muito questionáveis [flexibilidadas para

gerar melhorias nos indicadores gerenciais, incluso "a taxa de ocupação"], estaremos gerando dano individual e para o sistema. Uma tensão entre a sustentabilidade moral e financeira é esperada, assim como nosso compromisso para atuar no melhor interesse para o paciente.

Para uma maior racionalização do uso destes leitos, incluso os do setor público, temos a resolução do CFM n 2.156/2016 que define critérios para internação e alta nas UTIs, visando um melhor fluxo e otimização do uso destes leitos. Os critérios utilizados tiveram uma base técnica, ética e jurídica. Podemos ver no critério para pacientes terminais, por exemplo, que devemos ponderar o benefício do uso da alta tecnologia versus a possibilidade de malefício. A moralidade do uso da biotecnociência em pacientes moribundos. Este é o tópico da resolução a que nos referimos: "pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI [exceto se forem potenciais doadores de órgãos]. No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista" (CFM, 2016). Nestes, os morrentes, precisamos mais da própria face virtuosa do cuidado em UTIs: menos máquinas e mais compaixão.

Lidando com vidas sob risco, estaremos sempre sob questionamentos éticos. E devemos incorporá-los às discussões diárias dos pacientes, como fazemos em relação ao antibiótico correto, a necessidade de ajustes em analgesias e sedações, dentre tantas outras questões técnicas. É fato corrente, e já nos referimos a este ponto, que lidamos com crescentes situações de inviabilidade biológica da vida nas UTIs. Entendemos haver uma fronteira tênue no reconhecimento deste momento em que não há mais um existir, mas tão somente um prolongamento artificial da vida biológica. Nas UTIs é cada vez mais desafiadora esta questão (MEIER, 1998; HOLLAND, 2014; BENDER, 2015). A tecnologia está proporcionando manipulações obstinadas dos corpos e desconfigurando a matéria e exigindo ressignificações. A bioética emerge como uma ponte para estes dilemas agudos (POTTER, 1971).

A realidade é que quase a totalidade destas unidades no mundo restringe intervenções quando se anuncia tal destino [de irreversibilidade] para o enfermo. Em um estudo no Brasil utilizando um questionário ético, utilizando

um caso de um paciente de UTI que evolui após múltiplas complicações com o diagnóstico de Estado Vegetativo Permanente, foi observado uma tendência maior a não introduzir uma nova terapêutica ou procedimento invasivo do que retirar tal medida (LISBOA, 2005). No novo CEM, no Brasil, no capítulo I, inciso XXII, há um posicionamento neste ponto:

"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".

Esse amparo ético e legal é ofuscado por questões maiores da humanidade. A morte ou sua iminência, desarrumam nossos delírios de imortalidade. Nossa finitude mal elaborada. O ponto álgico é que não lidamos com a devida transparência com todos os sujeitos do cenário crítico em questão. Uma conspiração do silêncio exclui, não raro, o titular daquela vida. O protagonista nos provoca ao inexorável caminho de contrapor a morte e a ilusão tecnicista. Uma constrangedora falha de comunicação, na esteira de nossa enviesada percepção da vida. A hipocrisia contrapõe a coerência e obstrui a realidade; instala uma cegueira existencial. Como entrarmos nas UTIs com tamanha representação? Conspiramos contra nossa essência. Alvejamos os corpos com dispositivos, máquinas, medicamentos; na ilusão da distração da morte; esse adiamento milenar do reconhecimento de nossa condição finita. Eufemizamos nossas condutas sob o véu da limitação terapêutica. Muitas destas limitações estão embasadas no pressuposto da inviabilidade da vida; que o prolongamento biológico artificial não tem paralelo com a legitimação da vida. Não parece razoável qualificar a existência numa bomba miocárdica que gera pulsos mecânicos, impulsionada por drogas e/ou máquinas sem nenhuma possibilidade de restabelecer ao indivíduo a percepção de ser, de usufruir da existência [podemos colocar em debate qual seria um limite coerente para tal percepção]. São pulsos dissociados de desejos e percepções. Há um ponto em que a biografia do enfermo se secundariza, ofuscada por prioridades outras, incluso a manipulação mal refletida dos corpos. O que entendemos como o melhor para a humanidade nesta contemporaneidade? E, como poderemos não excluir o indivíduo, da massa populacional e da dispersão em que vivemos? (HINTERMEYER, 2003; MORIN, 2011).

A exclusão no diálogo com a sociedade dos caminhos inexoráveis do lidar com o processo de morrer nas UTIs hodiernas, fomenta ilusões; não contribui para a evolução moral neste mundo atravessado pela biotecnociência. Não podemos conceber uma sociedade desatualizada das questões impostas pelo uso desmesurado da técnica. O que estamos acompanhando nestas últimas três décadas de plantões nas UTIs, no campo, acrescenta percepções que não podem ser subjugadas por interpretações essencialmente teóricas. Se o vocábulo eutanásia, a boa morte [ou má morte, nos campos de Auschwitz-Birkenau], causa tanta indignação é, em parte, compreensível. Todavia, não se argumenta para nos distanciarmos da discussão do processo de morrer.

Os crescentes produtos distanásicos (SIQUEIRA-BATISTA, 2006) são a metáfora dolorosa de um distanciamento moral da questão. Temos o imbróglio sobre a mesa: a distanásia crescente, o despreparo humano para lidar com a morte, a insuficiência do conhecimento e reflexão bioética e humanística dos profissionais de saúde. Podemos inferir que há um desafio técnico real [além das questões éticas] na decisão de viabilidade de um paciente. Obviamente, dilemas clínicos e éticos terão áreas de superposição. Profissionais de saúde podem errar. O aprofundamento das decisões em caráter multidisciplinar reduz sempre esta possibilidade. As UTIs ultra-modernas geram múltiplas variáveis; tanto na técnica quanto nos inevitáveis desafios éticos que surgem. Não há como não reconhecer que a formação humanística deverá se impor mais e mais na formação dos médicos intensivistas e toda a equipe multidisciplinar desta área de atuação (REGO, 2004). Reflexão profunda, ponderações éticas, participação ativa de bioeticistas; nada apartado do turbilhonamento de decibéis insalubres de máquinas que cumprem ordens mecânicas; em obediência a profissionais que supostamente dominam a plenitude dos padecentes que cuidam, incluso as nuâncias ontológicas destes seres encarcerados.

Nas UTIs é crescente o número de pacientes que evoluem com cronificação de suas disfunções orgânicas. O avanço no conhecimento na medicina intensiva tem proporcionado a recuperação da maioria dos pacientes. No entanto, uma parcela menor, mas altamente expressiva, com elevado impacto social e econômico, evolui com sequelas importantes e, em muitos desses casos, com diagnóstico de terminalidade (SPRUNG, 2003; SCHRAMM,

2012). Os cuidados paliativos ainda são frequentemente mal compreendidos pelos profissionais de saúde. O cuidar pleno de alguém que apresenta uma doença crônica e prognóstico reservado, algumas vezes com a morte esperada para alguns dias, semanas ou meses, requer um conhecimento amplo da condição humana; muito além do conhecimento técnico e do controle adequado dos sintomas. Há que se cuidar do enfermo e de toda a família. Há que preparar a equipe multiprofissional e cuidar da mesma. Não é tarefa simples lidar com o sofrimento e a finitude. Mudar o paradigma de uma medicina salvadora de vidas para um modelo de oferecer o melhor para aquele paciente. Proporcionar uma boa morte, quando não é mais possível a cura de determinada doença, é um ato de dignidade e amor. Sem apressar o processo de morte e também sem prolongamentos fúteis. O ambiente altamente tecnológico das UTIs proporciona a possibilidade do mal-uso da tecnologia [já nos referimos a distanásia e a futilidade terapêutica]. A área de estudos dos cuidados paliativos envolve a bioética em muitas decisões de final de vida. Ambas possuem uma interface de colaboração que tem ajudado a lidar com decisões importantes nas UTIs. Nossa sociedade deve incentivar a disseminação dos cuidados paliativos. O conceito e a prática desta área de atuação resgatam muito dos aspectos subjetivos do cuidado, legitimados num exercício de empatia e significação da vida em todas as suas etapas.

SUGESTÕES PARA REFLEXÃO

- Exercício bioético: como deliberar a melhor ação nos quadros graves e tão dinâmicos em sua evolução nas UTIs? O que é o melhor para o caso que se está discutindo? Estamos agindo com prudência? Estamos respeitando os deveres éticos deontológicos? Singularize. O caso da sra Lídia contempla importantes reflexões nestes aspectos. Os princípios bioéticos que discutimos (beneficência, não-maleficência, respeito a autonomia, justiça), incluso a ética das virtudes e a coerência e proporcionalidade dos tratamentos em curso. Devemos incluir a ponderação de valores do paciente e as consequências possíveis de cada decisão.

- A limitação terapêutica ou a não introdução de procedimentos invasivos [nos casos indicados] tem respaldo ético e legal.
- Discutir o Consentimento Informado e a presença de Diretivas Antecipadas de Vontade.
- Comunicação:

1. informações claras dentro da equipe e com o paciente e familiares ou responsável legal. A prática de documentar todas as informações no prontuário reforçam o compromisso da transparência. Um exemplo:

   "Familiares [incluso o responsável legal] e equipe multiprofissional cientes da gravidade do caso, da irreversibilidade do quadro, tendo sido decidido [em concordância com todos]: não reanimação cardiopulmonar [ONR: Ordem de Não Reanimação]; não introduzir novas medidas invasivas. Assegurar conforto e dignidade".

2. Reuniões diárias para discussão dos casos: incluir o exercício bioético.
3. Incentivar as discussões de fim de vida.
4. Cuidando de quem cuida: reuniões periódicas com a equipe multidisciplinar para ouví-los em suas frustrações, ansiedades, medos [o agente moral precisa elaborar suas emoções para deliberar com mais assertividade].
5. Cuidando dos familiares: o adoecimento se estende a todo o círculo de afetos. Esta preocupação está no contexto moral do cuidado e com implicações nas decisões técnicas e éticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É um grande desafio qualificar a vida nestas UTIs altamente tecnicizadas. Os desafios éticos são imensos. A qualificação da vida e o exercício de percepção de dignidade exigem atualização constante no tempo e na valoração dos referenciais éticos utilizados em cada caso singular. Uma saída pode ser pelo olhar compassivo, empático. Não precisamos passar por sofrimentos

desnecessários para nos tornarmos seres humanos melhores. Não precisamos passar por um calvário interminável para nos redimirmos de estarmos num mundo que não pedimos para estar. Pensar a finitude e o sofrimento humanos e refletir os limites moralmente aceitáveis de nossas intervenções é um dos grandes desafios. A sra Lídia e outras centenas ou milhares de pessoas, podem ter um fim em acordo com sua biografia; ou apenas passar pela UTI sem o dano da obstinação terapêutica. A transversalização de uma formação mais humanística nas graduações em saúde será de grande valor para a sociedade. Precisamos estimular a disciplina de bioética nas universidades (SILVA, 2013; NEVES, 2016) e a criação de Comitês de Bioética hospitalares (CFM, 2015). A bioética e suas reflexões podem trazer uma grande contribuição para melhorarmos nossa assistência em saúde e a vida como um todo. O *homo sapiens* tem o potencial de usar melhor a razão e a sensibilidade para uma sociedade mais coerente. A solidariedade e a crença no melhor da humanidade ensejam a expectativa do uso da ciência para uma qualidade de vida e de morte; assegurar aquele mínimo de dignidade. Esse mínimo [como já vimos] sob intensa ameaça com o uso indiscriminado da biotecnociência. O caminho é longo. Somente não podemos conceber o prolongamento artificial de vidas sem a reflexão bioética adequada. Sempre podemos evoluir na atualização de valores, no aprimoramento moral, e no difícil reconhecimento de nossa condição humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO N. Dicionário de Filosofia. Ed. Martins Fontes. 2012.

ALEXANDER L. Medical science under dictatorship. July, 14; 1949. New England Journal of Medicine.

AMIB. Regulamento. www.amib.com.br Regulamento técnico para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva – AMIB. 2009

SIQUEIRA-Batista, Rodrigo. Às Margens do Aqueronte: Finitude, autonomia, proteção e compaixão no debate bioético sobre a eutanásia. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2006.

BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. Principles of Biomedical Ethics. 7th. Oxford University Press; 2012

BEECHER, H K. Ethics and Clinical Research. N Engl J Med 1966; 274:1354-1360.

BENDER, A, Jox, RJ, Straube A et al. Persistent Vegetative State and Minimally Conscious State. Deutsches A. International 2015; 112:235-242

Berthelsen, P.G.; Cronqvist, M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. Acta Anaesthesiol Scand 2003; 47: 1190-1195

Boff L. Saber Cuidar. Ética do Humano-Compaixão pela Terra. 8a ed. Petrópolis: Vozes, 2002

Callahan, D. The Roots of Bioethics, HEALTH, PROGRESS, TECHNOLOGY, DEATH. Oxford University Press, 2012.

CAMPBELL ML. Palliative care consultation in the intensive care unit. Crit Care Med 2006 Vol. 34, No 11 (Suppl.)

CFM, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética. Resolução do CFM no 8/2015.

CFM, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Critérios para indicação de admissão ou de alta para pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Resolução do CFM no 2.156/2016.

Chambaere K, Bilsen J et al. Trends in Medical End-of-Life Decision Making in Flanders, Belgium 1998-2001-2007. Medical Decision Making. 2011;31:500-510.

CREMESP. www.cremesp.org.br. Juramento de Hipócrates. 2016.

Dias, Maria Clara. Sobre Nós. Expandindo as fronteiras da moralidade. Ed. Pirilampo, 2016.

Elias N. A solidão dos moribundos. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro;2001

Gafo JL Eutanasia: el derecho a una muerte humana. Madrid: Ediciones Temas de Hoy, 1990: 62-63.

Gracia, D. Pensar a Bioética. Metas e Desafios. Edições Loyola. 2010

Hintermeyer P. Eutanásia. A dignidade em questão. Edições Loyola. 2003.

Holland, S; Kitzinger C, Kitzinger J. Death, treatments decisions and the permanent vegetative state: evidence from families and experts. Med Health Care and Philos (2014) 17:413-423.

Kottow M. Introdución a la bioética. Editorial Universitaria,1995.

Kuhse H; SINGER P. What is bioethics ? A historical introduction. In: (org.). A Companion to Bioethics. Oxford: Blackwell, 1998.

Leloup, J-Y. A Arte de Morrer. Ed Vozes; 1999

Lisboa, T; Friedman G. A Manutenção do Suporte a Vida em Unidades de Tratamento Intensivo do Sul do Brasil: Os Resultados de um Questionário Ético. Rev Bras Ter Intensiva. 2005; 17(1):15-22.

Martin LM. Eutanásia e distanásia. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. Organizadores. Iniciação à Bioética. Brasília: CFM; 1998.

Meier D E, Emmons C-A et al. A National Survey of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the United States. New England Journal of Medicine. 1998;338:1193-1201.

Morin, E. Rumo ao abismo? Ensaio sobre o destino da humanidade. Trad. Edgard de Assis Carvalho e Mariza Perassi Bosco. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011. P. 25.

Moritz, R D. Sobre a Morte e o Morrer...RBTI 2005;17:5.

Moritz, R D; Lago, P M; Souza R P et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2008;20(4):422-428.

Moritz, R D; Machado F O; Heerdt M et al. Avaliação das decisões médicas durante o processo de morrer. Rev Bras Ter Intensiva 2009;21(2):141- 147.

NEVES JR, W A; Araújo, LZS; Rego, S. Ensino de Bioética nas faculdades de medicina no Brasil. Rev. Bioét. 2016;24(1): 98-107.

Pastura, PSVC; Land, MGPL. A perspectiva da ética das virtudes para o processo de tomada de decisão médica. Rev. Bioét. 2016;24 (2):243-9.

PEGORARO O. Ética dos Maiores Mestres Através da História. Ed.Vozes. 5ª edição, 2006.

Pessini, L. Distanásia. Até quando prolongar a vida ? São Paulo: São Camilo-Loyola, 2011.

POTTER, V R. Bioethics, Bridge to the future. 1st edition. PRENTICE- HALL, 1971.

Prendergast TJ, Luce JM. Increase incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. Am J Respir Crit Care Med. 1997;155:15-20.

ProNoVost P, Angus D C. Economics of End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. Crit Care Med. 2001;29:N46-N51.

Rego, S. Reflexão sobre o processo de formação ética dos medicos. Cadernos da Abem. 2004;1:28-9.

Rocker, GM; Curtis RJ. Caring for the dying in the intensive care unit. JAMA August 13. 2003

Schramm FR; Rego, S.; Braz, M; Palácios, M. Bioética: Riscos e Proteção. Ed UFRJ / FIOCRUZ, 2005.

Schramm FR. O uso problemático do conceito "vida" em bioética e suas interfaces com a práxis biopolítica e os dispositivos do biopoder. Revista Bioética 2009 17 (3): 377-389.

_____Existem boas razões para se temer a biotecnociência? Revista - Centro Universitário São Camilo - 2010;4(2):189-197.

_____Finitude e Bioética do Fim da Vida. Revista Brasileira de Cancerologia. 2012; 50(1): 73-78.

Sales Jr, JAL; David, CM; Souza, PCSP e col. Sepse Brasil: Estudo Epidemiológico da Sepse em Unidades de Terapia Intensiva Brasileiras. RBTI - Revista Brasileira Terapia Intensiva Volume 18 - Número 1 - Janeiro/Março 2006.

SILVA, J.; LEÃO, HMC; PEREIRA, ACAC. Ensino da Bioética na graduação de medicina: relato de experiência. Rev. Bioética. 2013; 21(2):338-43.

Singer, P. Ética Prática. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

SUPPORT. The SUPPORT Principal Investigators. A Contolled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients. JAMA. 1995;274:1591-1598.

Sprung C L et al. End-of-Life Practices in European Intensive Care Units. The Ethicus Study. JAMA. 2003;290:790-797.

TANG, Q; Lei, J; Gao, G et al. Prevalence of Persistent Vegetative State in patients with severe traumatic brain injury and its trend during the past four decads: A meta-analysis. NeuroRehabilitation 40 (2017) 23-31

Truog RD; Campbell ML; Curtis JR et al. Recommendations for end-of-life in intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2008 Vol. 36, n. 3.