

## Aspectos Éticos e Legais dos Cuidados Paliativos em Insuficiência Cardíaca no Brasil

### *Ethical and Legal Aspects of Palliative Care in Heart Failure in Brazil*

Daniel Battacini Dei Santi<sup>1</sup> 

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo,<sup>1</sup> São Paulo, SP – Brasil

### Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) terminal impõe inúmeras dificuldades à prática clínica, com dilemas de ordem ética, moral e legal.<sup>1</sup> Visto ser estágio avançado de doenças incuráveis e progressivas, as poucas possibilidades terapêuticas (disponíveis e toleradas) visam retardar sua evolução, tentar manter o equilíbrio das funções orgânicas, controlar sintomas e oferecer conforto aos pacientes. Geralmente o contexto clínico é complexo, com interação com outras morbidades, baixa funcionalidade, fragilidade e alta sintomatologia.<sup>2-4</sup>

Há, sem dúvida, um alto risco de óbito, mas também de sofrimento pelas condições impostas pela doença ou decorrente dos tratamentos. Tomar decisões em IC terminal é um desafio, na contínua busca por adequação terapêutica que ofereça estratégias que beneficiem o paciente, sem lhes agregar mais riscos ou danos do que os já inerentes à sua condição clínica.<sup>5,6</sup>

Os cuidados paliativos (CP) são uma abordagem que objetiva proporcionar qualidade de vida, conforto e dignidade aos pacientes que sofrem por doenças graves ou ameaçadoras de vida.<sup>2,4,5,7-10</sup> Para uma boa prática médica ao final da vida, o foco do cuidado deve ser centrado no paciente, com entendimento de que ele é uma pessoa que possui uma biografia, valores e uma forma individual de pensar, viver e existir.<sup>1</sup> As decisões terapêuticas devem ser proporcionais ao prognóstico estimado para a doença e devem contemplar seus valores, expectativas e preferências, em respeito à dignidade da pessoa humana.<sup>5,7,8</sup> É imprescindível o conhecimento de questões legais, éticas e socioculturais nas quais o paciente está inserido.<sup>4,5</sup>

### Parecer

Os CP são uma filosofia e uma forma concreta de praticar assistência. Fundamentado na ação multiprofissional, se

### Palavras-chave

Ética; Jurisprudência; Insuficiência Cardíaca; Cuidados Paliativos; Assistência Terminal

**Correspondência:** Daniel Battacini Dei Santi •

Núcleo de cuidados paliativos - Dr. Ovídio Pires de Campos, 225, 6º andar.

CEP 03178-200, Cerqueira César, São Paulo, SP – Brasil

E-mail: dr.daniel.santi@gmail.com

Artigo recebido em 25/03/2022, revisado em 14/04/2022,

aceito em 26/04/2022

**DOI:** <https://doi.org/10.36660/abchf.20220040>

dirige a pacientes e familiares, com intuito de promoção de saúde pela prevenção e intervenções sobre sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.<sup>5</sup> Apesar de ser uma prática milenar, visto que qualquer ação que busca alívio do sofrimento pode ser incluída nessa definição, recebeu um formato mais concreto a partir da segunda metade do século XX, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde e diversos órgãos e associações internacionais.<sup>1,5,6</sup> No Brasil, é representado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, fundada em 2005.<sup>5</sup> A Sociedade Brasileira de Cardiologia também recomenda ações de CP em suas diretrizes.<sup>2,3</sup>

Não há uma lei federal que regulamenta os CP, mas alguns de seus princípios norteadores são encontrados em documentos, como a Constituição Federal, de 1988. Em seu artigo 1º traz a dignidade da pessoa humana como um dos pilares fundamentais do Estado Democrático de Direito. No artigo 5º expõe sobre o direito à vida e à liberdade, sendo invioláveis a intimidade, a honra e imagem, com garantia que ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante.<sup>11</sup> Dessas leis absorvem-se orientações de impedimento à prática da distanásia, com futilidade e obstinação terapêutica, que prolongam o processo de morrer com sofrimento, divergente da proposta de promoção de conforto e dignidade.<sup>5,9</sup>

Em São Paulo a Lei nº 10.241 (“Lei Mário Covas”), de 1999, foi um importante avanço legal para os cuidados de final de vida, ao assegurar direitos aos pacientes, como integridade física, individualidade, respeito a valores éticos e culturais, além de os permitir recusar tratamentos dolorosos e extraordinários para tentar prolongar a vida (distanásia) e ter direito de escolher o local da morte.<sup>12</sup> Em 2018 o Diário Oficial da União nº 225 dispôs sobre as diretrizes para instituição da política nacional de CP, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ainda em São Paulo, em 2020, a Lei nº 17.292 instituiu a política estadual de CP.<sup>13</sup>

Mesmo com literatura médica, leis e resoluções, o reconhecimento da fase terminal e a tomada de decisão no final de vida não é tarefa simples, nem de resposta imediata.<sup>4,7</sup> É necessário que a deliberação se dê sobre alicerces bem fundamentados de informações clínicas, elaboração prognóstica assertiva e ponderação das medidas terapêuticas, adequando-as às consequências e desfechos esperados.<sup>2</sup> A deliberação não deve considerar apenas dados técnicos, clínicos e científicos, mas também aspectos pessoais do paciente/família e questões ético-jurídicas.<sup>1</sup>

Pacientes em fase terminal de doença evolutivamente progressiva e incurável estão próximos de seu final de vida e, conseqüentemente, sua morte, um evento natural e esperado que encerra esse processo. Exceto pelo transplante cardíaco e dispositivos de assistência ventricular, quando possíveis,<sup>3</sup> as estratégias terapêuticas nesse estágio de doença são pouco eficazes para salvar vidas, sendo muito provável que a instituição ou manutenção de certas intervenções sejam consideradas fúteis (não atingem o objetivo proposto) e de potencial danoso. Medidas são desproporcionais quando seu propósito está dissociado da expectativa prognóstica real, ou quando há alto risco de causar males frente a um baixo benefício. Práticas distanásicas são desaconselhadas por ferirem princípios éticos da proporcionalidade, não maleficência e prudência.<sup>5</sup>

Muitos profissionais têm insegurança de não indicar, limitar ou suspender alguns procedimentos na terminalidade pelo receio de serem negligentes ou até mesmo imputados como responsáveis pela morte. Porém, ao considerar que a morte já é um evento esperado, natural e próprio da evolução da doença, caso fique claro que o médico não poderia ou não deveria agir para evitar o resultado, a morte não deve ser entendida como decorrente de seu ato ou omissão, mas como inerente à doença, sem penalização profissional pelo desfecho.<sup>5,10,14</sup>

O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a resolução 1.805/2006, conhecida como a “resolução da ortotanásia”. Manifesta a permissão ao médico de limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida de pacientes em fase terminal de enfermidade grave e incurável, devendo continuar a oferecer todos os CP necessários.<sup>5,15</sup> Dessa forma, o CFM se posiciona contrário à distanásia e favorece objetivamente a ortotanásia, reconhecendo a finitude da vida e a necessidade de permitir que a morte ocorra no tempo natural, sem seu prolongamento às custas de sofrimento agredido.

No Código de Ética Médica, princípio fundamental XXII e artigo 41º, o CFM reforça a necessidade de respeitar a finitude da vida em condição de doença incurável, irreversível ou terminal, devendo o médico proporcionar todos os CP necessários e limitar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos desnecessários, inúteis ou obstinados.<sup>5,16</sup>

O artigo 41º ainda reitera que é vedado ao médico qualquer forma de abreviação da vida (eutanásia), o que é considerado homicídio.<sup>16</sup> Essa prática se diferencia da ortotanásia, pois nela a ação médica é diretamente responsável pelo óbito, sem a qual este não teria ocorrido, tendo no óbito a sua finalidade. Por outro lado, a ortotanásia objetiva o cuidado no conforto e respeito ao tempo natural da doença, sendo a morte uma consequência da doença e não do ato médico.<sup>2,5,10</sup>

Outro princípio bioético de relevância na medicina centrada no paciente é a autonomia, que consiste em dar voz e reconhecer na vontade expressa do paciente os seus valores, desejos e preferências, para que as condutas médicas sejam a eles adequadas.<sup>1,4,5,7-10</sup>

O CFM validou as diretivas antecipadas de vontade com a resolução 1.995/2012,<sup>5,17</sup> na qual o paciente expressa as formas como gostaria, ou não, de ser tratado e cuidado no final da vida e permite nomear um responsável para representar suas vontades. A elaboração das diretivas é de grande importância para o melhor entendimento quanto à adequação de intervenções e auxiliar na tomada de decisão na fase terminal, devendo o médico levá-las em consideração para maior alinhamento de condutas.<sup>5,6,8</sup> Tais manifestações devem receber avaliação médica criteriosa quanto à sua pertinência clínica e adequação ética e legal.

Estudos mostram que pacientes com IC avançada pensam em diretivas, mas poucas vezes as manifestam aos seus médicos. Estes, por outro lado, geralmente desconhecem as diretivas de seus pacientes e pouco os aconselham a realizá-las. Pacientes, frequentemente, queixam-se de problemas relacionados à comunicação e manifestam desejo por medidas de suporte avançado de vida baseadas em expectativas irreais com tais tratamentos por falta de informação. É menos provável que pacientes com IC avançada tenham discussões de CP com seus médicos do que pacientes oncológicos.<sup>18</sup>

Com o reconhecimento da fase terminal e avaliação prognóstica, tendo entendimento sobre o paciente em questão e domínio sobre questões éticas e legais, aumenta-se a chance de que decisões complexas sejam mais assertivas.<sup>7</sup> Quando ações em prol da sobrevivência se tornam improváveis, dado o prognóstico imposto pelas limitações terapêuticas ou estágio avançado de doença, a não maleficência e o respeito à autonomia, também princípios *prima facie*, ganham maior relevância na decisão. Com individualização do plano de cuidados, no momento em que o conforto e a dignidade se tornam focos principais do cuidado, terapias que tinham significado e evidência científica em fases mais precoces de doença agora perdem valor.<sup>1,2,4,8,9</sup>

Decidir sobre não encaminhar pacientes com IC terminal para terapia intensiva, não indicar terapia renal substitutiva ou vasopressores, não proceder com manobras de reanimação cardíaca ou ventilação mecânica, desligar a função choque de desfibriladores implantáveis, restringir antimicrobianos ou dietas artificiais, suspender antiagregantes plaquetários e estatinas são exemplos de atos médicos legítimos e justificáveis, aplicados à prática clínica em condição de doença terminal e irreversível, desde que todo o processo de deliberação tenha sido respeitado.<sup>2,4,5,8-10</sup> É fundamental que a comunicação seja clara entre os envolvidos, para que tenham ciência das razões e motivações que levam à escolha de determinado plano terapêutico, sendo exigido registro adequado em prontuário.<sup>4,5,9,10</sup>

O conhecimento dos princípios de CP é, portanto, fundamental e de grande valia no auxílio à fase terminal de IC, devendo ser incorporado à prática clínica habitual na cardiologia.

### Contribuição dos autores

Redação do manuscrito: Dei Santi DB.

### Potencial conflito de interesse

Não há conflito com o presente artigo

### Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

### Vinculação acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

### Aprovação ética e consentimento informado

Este artigo não contém estudos com humanos ou animais realizados por nenhum dos autores.

### Referências

- Schwarz ER, Philip KJ, Simsir SA, Czer L, Trento A, Finder SG, et al. Maximal Care Considerations when Treating Patients with End-stage Heart Failure: Ethical and Procedural Quandaries in Management of the Very Sick. *J Relig Health*. 2011;50(4):872-9. doi: 10.1007/s10943-010-9326-y.
- Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2018;111(3):436-539. doi: 10.5935/abc.20180190.
- Marcondes-Braga FG, Moura LAZ, Issa VS, Vieira JL, Rohde LE, Simões MV, et al. Emerging Topics Update of the Brazilian Heart Failure Guideline - 2021. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(6):1174-212. doi: 10.36660/abc.20210367.
- Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, Goldstein NE, Matlock DD, Arnold RM, et al. Decision Making in Advanced Heart Failure: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125(15):1928-52. doi: 10.1161/CIR.0b013e31824f2173.
- Castilho, RK, Pinto CS, Silva VCS. Manual de cuidados paliativos (ANCP), 3rd ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021.
- Kini V, Kirkpatrick JN. Ethical Challenges in Advanced Heart Failure. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013;7(1):21-8. doi: 10.1097/SPC.0b013e32835c4915.
- Meyers DE, Goodlin SJ. End-of-Life Decisions and Palliative Care in Advanced Heart Failure. *Can J Cardiol*. 2016;32(9):1148-56. doi: 10.1016/j.cjca.2016.04.015.
- Sobanski PZ, Alt-Epping B, Currow DC, Goodlin SJ, Grodzicki T, Hogg K, et al. Palliative Care for People Living with Heart Failure: European Association for Palliative Care Task Force Expert Position Statement. *Cardiovasc Res*. 2020;116(1):12-27. doi: 10.1093/cvr/cvz200.
- Swetz KM, Mansel JK. Ethical Issues and Palliative Care in the Cardiovascular Intensive Care Unit. *Cardiol Clin*. 2013;31(4):657-68, x. doi: 10.1016/j.ccl.2013.07.013.
- Padeletti L, Arnar DO, Boncinelli L, Brachman J, Camm JA, Daubert JC, et al. EHRA Expert Consensus Statement on the Management of Cardiovascular Implantable Electronic Devices in Patients Nearing end of Life or Requesting Withdrawal of Therapy. *Europace*. 2010;12(10):1480-9. doi: 10.1093/europace/euq275.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
- São Paulo (Estado). Lei nº 10.241, 17 mar. 1999. Diário Oficial do Estado de São Paulo; 1999.
- São Paulo (Estado). Lei nº 17.292, 13 out. 2020. Diário Oficial do Estado de São Paulo; 1999.
- Brasil. Código Penal (1940). Brasília (DF): Diário Oficial, 07 dez. 1940.
- Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM Nº 1.805/2006. Brasília (DF): CFM; 2006.
- Conselho Federal de Medicina (Brasil). Código de ética médica. Brasília (DF): CFM; 2019.
- Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM Nº 1.995/2012. Brasília (DF): CFM; 2012.
- Dev S, Abernethy AP, Rogers JG, O'Connor CM. Preferences of People with Advanced Heart Failure - A Structured Narrative Literature Review to Inform Decision Making in the Palliative Care Setting. *Am Heart J*. 2012;164(3):313-319.e5. doi: 10.1016/j.ahj.2012.05.023.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons