

Rachel Duarte Moritz

## A equidade e a não maleficência no cuidado de pacientes críticos terminais

*Fairness, not maleficence, in terminal critical patients care*

Doutora, Supervisora do Programa de Residência Médica em Medicina Intensiva do Hospital Universitário (HU) e Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC - Florianópolis (SC), Brasil.

Em relação ao artigo “A moralidade da alocação de recursos no cuidado de idosos no centro de tratamento intensivo<sup>(1)</sup>” permito-me a reflexão de que, papel social do médico não pode ser esquecido. Da mesma forma, o médico, independente da sua especialidade, deve basear suas opções terapêuticas na beneficência e não maleficência. Ao princípio da autonomia, tão importante na perspectiva anglo-americana, precisa-se justapor o princípio da justiça, equidade e solidariedade.<sup>(2)</sup>

Por outro lado, o ser humano tem o direito de morrer sem sofrimento. Como consequência, o médico deve lutar pelo não prolongamento do morrer baseando-se nos princípios fundamentais da bioética para as decisões de admissão ou alta nas unidades de terapia intensiva (UTI).

A abordagem paliativista torna-se essencial em muitas ocasiões. O médico deve focar suas decisões terapêuticas na pessoa doente, avaliando suas necessidades de forma ampla. Cabe aqui o destaque de que, diante dessas decisões, deve-se levar em consideração um conjunto de fatores. Indiscutivelmente, com o envelhecimento da população associado ao controle das doenças crônicas, cada vez mais a idade torna-se um item que pode contribuir, mas não decidir, quais decisões terapêuticas devam ser tomadas.<sup>(3)</sup>

Definições e conceitos são alterados em decorrência do momento político e social. Há cerca de 20 anos, o diagnóstico do vírus da imunodeficiência humana (HIV) era considerado como um atestado de óbito. Atualmente, a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é vista como uma doença crônica. No século IX, ser idoso significava ter 50 anos. Atualmente temos presidentes da república com mais de 70 anos.

O prognóstico da doença de base, a resposta ao tratamento implantado, a qualidade de vida prévia e a possibilidade de qualidade de vida após a internação na UTI parecem ser fatores muito mais importantes para a tomada de decisão quanto à admissão na UTI e quanto à manutenção do tratamento intensivo.

É importante comentar que a maioria dos autores, ao mencionar limite terapêutico, descreve a não reanimação cardiopulmonar (RCR). Entretanto, a experiência mostra uma realidade diferente. Um estudo brasileiro apontou que cerca de 80% das mortes em enfermarias de clínica médica não são precedidas de manobras de RCR. Entretanto, não são descritas nos prontuários ordens formais de não reanimação. Nas UTIs, a limitação terapêutica é muito mais ampla do que a não RCR. Também nesses ambientes escreve-se pouco nos prontuários sobre a suspensão ou recusa de terapias, consideradas fúteis ou inúteis.<sup>(4)</sup>

Esses fatos me fazem concordar plenamente com o autor no que concerne a afirmação de que devemos ampliar o debate sobre a aceitação das limitações do médico como curador e sobre a finitude do ser humano. Acrescento a importância

### Autor para correspondência:

Rachel Duarte Moritz  
Rua João Paulo 1929 - Bairro João Paulo  
CEP: 88030-300 - Florianópolis (SC), Brasil  
E-mail: rachel@hu.ufsc.br

de que saibamos fornecer o tratamento adequado àqueles que estão no momento final das suas vidas, providenciando-lhes cuidados ou ações paliativas.

Finalmente, lutar para que seja evitado o prolongamen-

to do morrer é um ato humano que deve ser embasado em princípios éticos. A melhor adequação financeira advinda das decisões de limite terapêutico deve ser uma consequência e não uma meta política.

---

## REFERÊNCIAS

1. Freitas EEC, Schramm FR. A moralidade da alocação de recursos no cuidado de idosos no centro de tratamento intensivo. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(4):432-6.
2. Pessini L, Barchifontaine CP. Bioética: do principialismo à busca de uma perspectiva latinoamericana. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 81-98.
3. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva: [revisão]. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(4):422-8.
4. Moritz RD, Machado FO, Heerd M, Rosso B, Beduschi G. Avaliação das decisões médicas durante o processo de morrer. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(2):141-7.