

## Sobre a morte e o morrer (na UTI).

**"E**stou certo de que o único objetivo da ciência é o de aliviar as penas da existência humana".

Bertold Brecht em Galileu Galilei

O conceito da morte e do morrer evoluiu desde a idade média; mais precisamente desde o século XII, dando à morte um valor cada vez mais forte e um lugar cada vez maior entre os vivos.<sup>1,2</sup> O moribundo desempenhava o papel de protagonista no processo, que obedecia a ritos largamente conhecidos e que se desenvolviam em ambiente totalmente doméstico. Todos, inclusive crianças, participavam dos ritos fúnebres.<sup>1</sup> Esse processo, numa atitude acrônica, permaneceu aparentemente imutável até o século XX, principalmente até a sua segunda metade.

Os avanços científicos e tecnológicos do novo período acarretaram a hospitalização da doença e do doente, mas o que inicialmente parecia um grande avanço passou a ter um grande custo, não apenas financeiro, mas também humano. A morte foi interdita. Já não era mais possível permitir ao paciente que morresse sem que se "tentasse de tudo" só permitindo o óbito quando "não houvesse mais nada a ser feito", entendendo-se como "fazer tudo": uma hemodiálise, uma quimioterapia, mais uma troca de antibióticos!

Os incontestáveis progressos da Medicina e das técnicas, aliados às fantasias sobre imortalidade, terminaram por levar com frequência a "desapropriar o doente, na fase final da vida, da própria morte" e a não permitir – onde seria possível – algum controle de viver os últimos momentos de sua vida<sup>3</sup> e se passou a morrer no hospital, mesmo quando os médicos não conseguiam a cura. Vai-se ou ir-se-á parar no hospital, já não mais para ser curado, mas para morrer. A morte foi empurrada mais e mais para os bastidores da vida social durante o processo civilizador. Para os próprios moribundos, isso significou que eles também são empurrados para os bastidores, são isolados.<sup>4</sup>

Com a hospitalização (interdição) da morte veio a exclusão do moribundo. As decisões sobre o paciente foram deslocadas; hoje em dia, a iniciativa passou da família, tão alienada como o doente, para o médico e para a equipe hospitalar. São eles os senhores da morte, do momento e também das circunstâncias da morte. E o processo excludente avançou também sobre o luto, só restando o direito de chorar sem ninguém vir nem ouvir: o luto solitário e envergonhado é o único recurso, como uma espécie de masturbação.<sup>5</sup> Trocamos o tabu victoriano do sexo pelo tabu da morte. Cla-

ramente, a resistência de tratar a morte abertamente, numa relação mais descontraída com os moribundos, passou a ser mais forte que no caso da sexualidade. Intimamente ligado, em nossos dias, à maior exclusão possível da morte e dos moribundos da vida social, e à ocultação dos moribundos dos outros, particularmente das crianças, há um desconforto peculiar sentido pelos vivos na presença dos moribundos, muitas vezes não sabendo o que dizer. A gama de palavras disponíveis para uso nessas ocasiões é relativamente pequena. Nossos pacientes já não morrem, fazem parada cardiorrespiratória; não discutimos a terminalidade com pacientes e familiares, e nem sequer com a própria equipe assistencial, deixamos as decisões de reanimação ou de não-reanimação para os plantonistas.<sup>4</sup> Em suma, a verdade começa a levantar problemas. A primeira motivação da mentira foi o desejo de poupar o doente de assumir a sua provação; ela, entretanto, estendeu-se aos familiares e à própria equipe assistencial. Apenas as rotinas institucionalizadas dos hospitais dão alguma estruturação social para a situação de morrer. Essas, no entanto, são em sua maioria destituídas de sentimentos e acabam contribuindo para o isolamento dos moribundos.

Todo esse processo de "desdomesticação" da morte não teve apenas custo humano, mas também teve custo financeiro. Os gastos americanos com saúde pularam de cerca de 250 bilhões de dólares em 1980 para mais de 1 trilhão em 2001,<sup>6,7,8</sup> sendo que 50% desses gastos são consumidos por internações e os 5% de leitos destinados às UTIs consumindo 20% dos gastos das internações.<sup>9</sup> Cerca de um terço dos custos anuais são destinados as 5-6% dos beneficiários que irão morrer naquele ano.<sup>10</sup>

O que fazer então?

Há sugestões para que se reduzam os custos pela diminuição da necessidade e da demanda de serviços médicos a pacientes terminais, idosos e outros, para os quais a morte pareça iminente.<sup>11</sup> Como os pacientes terminais são os freqüentemente referenciados para UTI, parece viável que a redução de custos só possa ser feita nessa área.<sup>12</sup> O problema é saber quem irá morrer e quem terá chances de sobrevivência, conseqüentemente é difícil saber antecipadamente qual o custo do final da vida e qual o custo para salvar vidas.<sup>13,14</sup> Por outro lado, não existem estudos conclusivos mostrando que a eliminação de tratamento considerado fútil elimine substancialmente os custos.<sup>15</sup>

Assim se configura o dilema da Medicina Intensi-

va: a morte, parte inevitável da vida, na UTI, torna-se um desfecho e a terminalidade coloca-se de maneira freqüente e urgente nas decisões do intensivista, o dilema reside na permanência de um tratamento curativo ou na instalação de um tratamento curativo que, no entanto, pode ser fútil.<sup>16</sup> É a preocupação, ainda maior, da perspectiva de que a terapia que não mais cura nem alivia, só aumenta a duração da agonia. A decisão, todavia, entre o útil e o fútil não é muito clara. Passa indubitavelmente pela decisão de futilidade ou não e para isso devemos primeiro examinar os objetivos potenciais da intervenção médica em questão.<sup>17</sup>

A futilidade ou não de um procedimento terapêutico deve ser avaliada no contexto da perspectiva dos objetivos a serem atingidos. Qual o objetivo de uma hemodiálise a ser instalada num paciente com síndrome de disfunção múltipla, que apresente disfunção de quatro sistemas há mais de cinco dias? Se a resposta for baixar os níveis de uréia, o procedimento poderá ser considerado útil, mas se o objetivo for o de alterar a história natural da doença, muito provavelmente a maioria dos leitores estará de acordo de que se trata de um procedimento fútil.

A imprecisão de definições de objetivos terapêuticos bem definidos decorre em grande parte da imprecisão dos médicos em prognosticar o desfecho de seus pacientes. Eles são fundamentalmente imprecisos para pacientes terminalmente doentes e o erro é sistematicamente otimístico. A acurácia não está, em geral, restrita a certos tipos de médicos ou de pacientes. Esse fenômeno pode afetar adversamente a qualidade de cuidados dispensados a pacientes na fase final de suas vidas.<sup>18</sup> Aparentemente o melhor método de melhorar a qualidade do cuidado no fim da vida é clarear os

objetivos bem antecipadamente e evitar a internação quando ela é não desejada ou não atingirá os objetivos do paciente.<sup>19</sup> Quando isso não é realizado, corre-se o risco de não se prestar um atendimento adequado ao paciente em seus últimos momentos, como ficou bem demonstrado no estudo SUPPORT, no qual se constatou que a metade dos pacientes que morreram estavam sofrendo dor nos três últimos dias de vida, embora 46% deles estivessem em ventilação mecânica.<sup>20</sup> Segundo interpretação, os pacientes receberam tratamento curativo não desejado e tratamento paliativo insuficiente, tornando o morrer muito prolongado e demasiadamente doloroso.<sup>21</sup>

Sobram então alguns questionamentos: por que então há tão pouca atenção dirigida a melhor entender e aperfeiçoar a prática dos tratamentos paliativos? Por que, ao mesmo tempo em que detalhamos o estudo da hemodinâmica e do suporte ventilatório, colocamos tão pouca atenção no manejo dos cuidados do final da vida?<sup>22</sup>

Parece que o grande viés é o próprio médico.<sup>23</sup> Antes que o manejo do paciente e dos familiares, a dificuldade de encarar a morte de si mesmo. Como escreveu Norbert Elias: “O amor de si sussurra que eles são imortais: o contato muito próximo com moribundos ameaça o sonho acalentado.”

## REFERÊNCIAS

1. Ariès P: Sobre a História da Morte no Ocidente. Teorema. 198, 2ª ed.
2. Ariès P: O homem diante da morte. Vol. II. Francisco Alves, 1977, 2ª ed.
3. Comitê Consultivo de Ética da Saúde e Ciências da Vida da França.
4. Elias N: *A solidão dos moribundos*. Jorge Zahar Editor. 1982.
5. Gorer G. *The pornography of death*. Encounterer. 1955.
6. CYRILLO MA. Farmacoconomia e suas aplicações. *Prat Hospit* 2001;16:11-15.

7. LEVIT KR, et al. National health expenditure, 1995. *Health Care Financial Rev* 1996;18:175-214.
8. LUCE ML, RUBENFELD GD. Can health costs be reduced by limiting intensive care in the end of life? *Am J Respir Intens Care Med* 2002;165:750-4.
9. RODWIN VG. On the separation of health planning and provider reimbursement: the U.S. and France. *Inquiry* 1981;18:139-50.
10. McCall N. Utilization and cost of Medicare by beneficiaries in their last year of life. *Med Care* 1984;22:329-342.
11. Fries JF, et al: reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. The Health Project Consortium. *N Engl J Med* 1993;329:321-5.
12. Bayer R et al: The care of the terminally ill: morality and economics. *N Engl J Med* 1983;309:1490-4.
13. Scitovsky AA. “The high cost of dying”. What do the data show? *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1984;62:591-608.
14. Scitovsky AA, Capron AM. Medical care at the end of life: the interaction of economics and ethics. *Annu Ver Public Health* 1986;7:59-75.
15. Emanuel EJ, Emanuel LL. The Economics of Dying — The Illusion of Cost Savings at the End of Life. *N Engl J Med* 1994; 330:540-4.
16. Rubensfeld GD, et al: End-of-life care in the ICU. *Crit Care Med* 2001; 29:2001-6
17. Youngner S: The goals of Medicine: setting new priorities. Pg. S14. In Pessini L: *Distanásia. Até quando prolongar a vida?* 2001. Edições Loyola. S. Paulo.
18. Christakis NA, Lamont EB: Extent and determinants of error in doctors' prognosis in terminally ill patients: prospective cohort study. *Brit Med J* 2000; 320:469-72.
19. Rubensfeld GD, et al: End-of-life care in the ICU. *Crit Care Med* 2001; 29:2001-6
20. SUPPORT. *JAMA* 1995;274:1591-1598.
21. Too painful, too prolonged. *Newsweek*. December 4, 1995:74.
22. Truog RD, Burns JP. Excellence in end-of-life care: a new goal for intensivists. *Intensiv Care Med* 2002;28:1197-9.
23. Christakis NA, Ach DA: Biases how physicians choose to withdraw life support. *Lancet* 1993;342:642-6