

A Propósito de “Morrer num Serviço de Medicina Interna: As Últimas Horas de Vida”

Letter About “Dying in Internal Medicine Wards: The Final Hours”

Fernando Guimarães (<https://orcid.org/0000-0001-6744-1423>)

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Cuidados Terminais; Medicina Interna

Keywords: *Internal Medicine; Palliative Care; Terminal Care*

A revista da SPMI, na linha de outros artigos publicados ao longo do tempo sobre a temática da morte e necessidade de cuidados paliativos em Serviços de Medicina Interna,¹⁻³ publicou recentemente o artigo acima mencionado, de Sara Machado *et al.*,⁴ em que se apresentam os resultados do estudo retrospectivo de 100 óbitos consecutivos de pacientes admitidos há mais de 48 horas e que tinham a “ordem de não reanimar” (ONR).

Em meu entender, o estudo tem um problema de base, que é o de partir da assunção pelos autores (AA) de que nas últimas 48 horas antes da morte “um doente está em pleno processo de morrer”, isto é, o de julgar a adequação das atitudes e decisões da equipa médica que trata dos pacientes com ONR à entrada das últimas 48 horas, como se fosse certo que morreriam nesse período. Este raciocínio, de certo modo sofismático, leva a conclusões que, sem detalhes da verdadeira situação patológica de cada paciente em questão, não podem ser devidamente apreciadas pelos leitores.

As conclusões dos AA correm o risco de:

1) considerar inapropriados e fúteis pedidos de exames complementares de diagnóstico (ECD) e opções terapêuticas que podem ter sido bem ponderados;

2) tornar-se o pretexto para uma longa série de reflexões sobre a matéria de cuidados paliativos, que extravasa o âmbito do estudo.

Na verdade, o que está aqui em questão, e o que é um dos temas mais dilacerantes na prática clínica, é o que significa a “ordem de não reanimar”. Quem lê o artigo pode ser levado a pensar que é uma indicação de abstenção de tratamentos exceto medidas paliativas ou de conforto, porque se trata dum doente “não salvável”. Contudo, a ONR apenas diz que em caso de paragem cardio-respiratória (ou sua

iminência) não se deve proceder a manobras de reanimação cardiopulmonar. Qualquer clínico experiente sabe que uma percentagem não negligenciável deste tipo de doentes tem patologias ou complicações que, mesmo quando não curáveis, melhoram com as medidas standard necessárias. Parte deles tem alta, mesmo que posteriormente venha a morrer entre os seus, na sua ou noutra instituição, ou em nova admissão hospitalar, mas não antes da sua hora, como poderia ter acontecido se a ONR fosse tomada por um equivalente de futilidade terapêutica.

Não há dicotomia entre visão curativa e visão paliativa: é dever ético paliar sempre o sofrimento, sem prejuízo das restantes medidas adequadas e proporcionadas à realidade do caso específico; e é claro que não faz sentido investigar e tratar futilmente pacientes já com sintomas ou sinais de agonia.

No artigo defende-se “permanentemente cuidar, respeitando os valores culturais, clínicos e éticos da relação médico-doente” e mencionam-se as frequentemente esquecidas “preferências deste tipo de doentes”. Contudo, os valores culturais e éticos dos nossos pacientes reais (ou dos seus familiares) são muitas vezes a favor de que, além da melhor abordagem do seu sofrimento, sejam prestados os tratamentos necessários para que sobrevivam, mesmo quando a esperança é limitada. Aliás, os próprios dados da literatura internacional apresentados pelos AA quanto a cuidados em doentes com ONR mostram que não há uniformidade, refletindo diferentes perspetivas sobre os mesmos problemas.

A minha experiência com este tipo de doentes na enfermaria ao longo das últimas décadas faz empalidecer qualquer “fulgor curativo”, com desânimos, hesitações e erros de decisão, mas também sucessos, significativos mesmo quando pouco gloriosos e transitórios. Recorde-se que as doenças infecciosas, frequentemente curáveis, constituem o diagnóstico principal no estudo.⁴ Custa-me observar colegas, alguns com escassa experiência, com demasiada certeza e autoridade quanto ao prognóstico irreversível a curto prazo de determinado paciente e à futilidade terapêutica; não é excecional que uma análise incorreta leve à não instituição ou interrupção de terapêuticas potencialmente salvadoras e à prematura instituição de morfina.

Sem prejuízo da importância das reflexões e riqueza de informações do presente artigo, dada a “crucialidade” do tema, julgo que é um desafio fazer o estudo inverso: analisar o

**Serviço de Medicina Interna- Hospital de Vila Real
- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro**

<https://revista.spmi.pt> - DOI:10.24950/rspm/CE/57/19/2/2019

conjunto dos pacientes a quem foi alguma vez posta a ONR quanto às terapêuticas prescritas, ECD pedidos e o seu desfecho. ■

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Correspondence/Correspondência:
Fernando Guimarães – fernandoguimaraes.a@gmail.com
Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital de Vila Real
Av. Noruega, Lordelo, 5000-508 Vila - Real

Recebido/Received: 21/02/2019

Aceite/Accepted: 26/03/2019

REFERÊNCIAS

1. Luisa Magalhães, Arlindo Guimas, Sofia Ferreira, Rosa Ribeiro, Paulo Paiva. O momento da morte no internamento de Medicina Interna. Rev da Soc Port Med Interna. 2009; 16: 205-10.
2. Pulido I, Baptista I, Brito M, Matias T. Como morrem os doentes numa enfermaria de Medicina Interna. Rev da Soc Port Med Interna. 2010; 17: 222-6.
3. Monteiro PH, da Silva MJ, Fraga M, Mota C, Suarez A, Ponte C, et al. Necessidade de Cuidados Paliativos num Serviço de Medicina Interna. Rev da Soc Port Med Interna. 2013; 20: 7-20.
4. Machado S, Reis-Pina P, Mota A, Marques R. Morrer num Serviço de Medicina Interna: as últimas horas de vida. Rev da Soc Port Med Interna. 2018;1:286-92.