

---

## Sedação e competência em cuidados paliativos

A sedação é usada em medicina com vários fins, sendo talvez o mais comum o controlo da dor associada a procedimentos dolorosos. Nesta situação é aceite sem problemas e não há qualquer problema ético no seu uso. A haver um problema ético nesta situação seria o de não usar a sedação para evitar a experiência dolorosa. Não vou, por isso, abordar esta questão.

Vou-me focar na sedação usada para controlar o sofrimento que não se consegue tratar por outros meios. Entre os profissionais que trabalham em cuidados paliativos há um consenso sobre a aceitabilidade da sedação no controlo de sintomas quando não se consegue por meios que não afectem a consciência. Contudo, este consenso não existe entre todos os profissionais de saúde, de modo que esta prática é vista por alguns deles como próxima da eutanásia [1] e já foi designada como eutanásia lenta [2].

Na literatura dos cuidados paliativos produziram-se definições e directrizes importantes sobre este tipo de sedação, na tentativa de criar uma estrutura ética e uma linguagem que permitam a comunicação e a discussão das questões relativas a este assunto. Há, actualmente, um consenso de que o nível de consciência a atingir, quando se procede à sedação, é o necessário para aliviar o sintoma, não necessariamente uma sedação profunda. A sedação ligeira, em que um nível normal ou quase normal de consciência é suficiente para pôr o doente confortável, não é um problema ético, mas a sedação profunda pode provocar discordância entre profissionais de saúde e eticistas sobre a sua legitimidade. Entre os pontos de discordância estão as questões da hidratação e da alimentação: se devem ser iniciadas ou mantidas e as implicações da sua suspensão ou não iniciação na sobrevivência [3].

Há também um consenso entre os profissionais de cuidados paliativos de que só é legítimo sedar os doentes se tiverem sintomas refractários. E, de acordo com Cherny e Portenoy [4], um sintoma refractário pode definir-se como um que “não pode ser controlado adequadamente apesar de

esforços agressivos para identificar uma terapêutica tolerável que não comprometa a consciência” e o médico deve perceber que outras intervenções invasivas ou não-invasivas são: (A) incapazes de proporcionar um alívio adequado, (B) associados a morbidade aguda ou crónica excessiva e intolerável, ou (C) tem pouca probabilidade de proporcionar alívio num intervalo de tempo razoável. Uma situação diferente seria a de um sintoma que é difícil de controlar, mas que é potencialmente controlável dentro de um intervalo de tempo razoável, e neste caso, a sedação não está indicada.

Outro consenso, implicado pela definição de sintoma refractário, é a experiência e competência em cuidados paliativos e no controlo de sintomas necessárias para assegurar que a sedação é usada como último recurso, quando mais nada efectivamente funciona.

A competência e experiência são, contudo, conceitos relativos e heterogéneos num contexto mundial e mesmo dentro dos países. Embora, tentar distinguir sintomas refractários de sintomas de difícil controlo seja um esforço teórico importante, a distinção nunca será estabelecida de modo a poder ser universalmente aplicada. Há países onde há poucas equipas de cuidados paliativos, se houver alguma. O estado de desenvolvimento das equipas pode ser muito diferente. Provavelmente, em muitos países, a maioria dos doentes com doenças crónicas muito avançadas são tratados por médicos e equipas sem qualquer competência no controlo de sintomas. O que se pode recomendar nesta situação? Devemos dizer que, como não temos competência em cuidados paliativos, talvez o problema possa ser controlado por outros? Contudo, outros que possam saber o que fazer podem não estar acessíveis. E, certamente, o mais importante é aliviar o sofrimento dos doentes. Deixá-los a sofrer não é uma opção. Como Robert Twycross escreveu a propósito da eutanásia “um médico que deixa o seu doente sofrer intoleravelmente é moralmente mais censurável do que um médico que pratique eutanásia” [5]. Então, mais censurável será deixar um doente a sofrer sem tentar um método que é, em geral, considerado moralmente muito menos problemático.

O meu ponto é que as regras que os médicos de cuidados paliativos estabelecem para eles próprios para controlar a qualidade do seu trabalho e atingir a excelência nos cuidados que os doentes merecem não são aplicáveis universalmente. Quando não há competência em cuidados paliativos, a prioridade deve continuar a ser aliviar o sofrimento, envolvendo naturalmente discussões na equipa e todo o conhecimento de colegas, especialistas em dor, psiquiatras e todos os que possam ajudar, sem esquecer que o tempo é uma variável importante. Mas se depois disso o problema não estiver resolvido satisfatoriamente, creio que se o doente concordar (se o doente estiver incompetente, a equipa deve actuar de acordo com os seus melhores interesses – isto é outra discussão), deve iniciar-se a sedação necessária a controlar o problema. Contudo, nesse contexto de muita incerteza, a sedação deve ser realizada cuidadosamente (aliás, deve sempre ser assim) e se for necessária a sedação profunda, ela deve ser intermitente e devem programar-se períodos de interrupção para reavaliação. Pelo menos a hidratação deve ser mantida para manter a reversibilidade do processo, a não ser que o doente já não estivesse a comer nem a beber ou se a morte for esperada dentro de poucas horas.

Geralmente, a sedação é justificada eticamente pelo princípio do duplo efeito [6], que distingue as consequências intencionais de um acto, das consequências que se admite que possam ocorrer. No entanto, as intenções podem ser ambíguas e por vezes mesmo quem pratica o acto não está seguro das suas verdadeiras intenções. É talvez mais realista considerar que a obrigação principal de um médico para com um doente em sofrimento, com uma doença muito avançada e intratável, é aliviá-lo, e por vezes não há uma solução que não comprometa a consciência. A vontade do doente, se puder ser expressa, é essencial no processo de decisão.

Este assunto é importante e deve ser discutido. Espero que enviem comentários a este texto.

## References

1. Orentlicher D. The Supreme court and physician-assisted suicide: Rejecting assisted suicide but embracing euthanasia. *N Engl J Med* 1997;337:1236-1239.
2. Billings JA, Block SD: Slow euthanasia. *J Palliat Care* 1996;12:21-30.
3. Craig GM: On withholding artificial hydration and nutrition from terminally ill sedated patients: The debate continues. *J Med Ethics* 1996;22:147-153.
4. Cherny NI, Portenoy RK: Sedation in the management of refractory symptoms: Guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994;10:31-38.
5. Twycross RG: Euthanasia: Going Dutch? *J R Soc Med* 1996;89:61-63.
6. Rousseau P: The ethical validity and clinical experience of palliative sedation. *Mayo Clin Proc* 2000;75:1064-1069.