

Bioética em Cirurgia Cardiovascular: Decisões de Fim de Vida em Pacientes com Isquemia Irreversível

Autores: Sofia Carolina Cantuário de Oliveira, Rafaella Avakian Mansur

Introdução

A isquemia crítica de membros inferiores, atualmente denominada isquemia crônica ameaçadora do membro (chronic limb-threatening ischemia – CLTI), representa a manifestação mais grave da doença arterial periférica (DAP) crônica. Caracteriza-se por dor isquêmica em repouso, lesões tróficas ou gangrena, estando associada a elevado risco de perda da viabilidade do membro e mortalidade significativa.(1,2) A revascularização cirúrgica ou endovascular constitui o tratamento padrão, com o objetivo de preservar o membro, aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida.

Entretanto, uma parcela relevante desses pacientes é considerada sem opção de revascularização, seja por limitações anatômicas, elevada fragilidade, comorbidades graves ou expectativa de vida reduzida, mesmo após avaliação por equipe multidisciplinar especializada.(1) Nesses cenários, decisões complexas emergem, frequentemente culminando em amputações maiores ou na limitação de intervenções invasivas.

Tais decisões extrapolam o campo técnico da cirurgia vascular e envolvem dilemas bioéticos centrais, como a proporcionalidade terapêutica, a futilidade de intervenções, o respeito à autonomia do paciente e o equilíbrio entre beneficência e não maleficência. A incorporação de cuidados paliativos e da tomada de decisão compartilhada torna-se, portanto, fundamental para alinhar o tratamento aos valores, objetivos e expectativas do paciente, especialmente em contextos de prognóstico reservado.

Cuidados Paliativos em CLTI

A isquemia crítica está associada a elevada morbimortalidade e comprometimento significativo da qualidade de vida, seja pela dor crônica, seja pelas amputações, que impõem limitações à deambulação, à autonomia e à mobilidade. Nesse contexto, a consulta paliativa tem se mostrado eficaz na redução do sofrimento emocional, na diminuição da incerteza quanto à evolução da doença e na melhoria do alinhamento entre escolhas terapêuticas e valores do paciente. (3,4,5)

A prestação de cuidados paliativos éticos, consistentes e equitativos envolve: assegurar compreensão adequada da doença e do prognóstico; identificar objetivos de cuidado e valores do paciente ou seus representantes legais; alinhar opções terapêuticas realistas, construindo um plano de cuidados centrado na pessoa. (6)

Estudos recentes demonstram que a integração de cuidados paliativos cirúrgicos está associada a menor sofrimento, menor incerteza sobre o curso da doença e melhores desfechos no fim da vida. (3,4,5) Mesmo assim, a integração de cuidados paliativos em pacientes com DAP avançada submetidos à amputação permanece limitada, com menos de 3% dos pacientes recebendo avaliação prévia por equipe especializada. (6)

Discussão

As diretrizes contemporâneas ressaltam a necessidade de aprofundar o estudo do impacto da tomada de decisão compartilhada no manejo da DAP sintomática e da CLTI, particularmente em pacientes com doença avançada e risco elevado de amputação.(1) Apesar disso, a prática clínica ainda demonstra significativa dissociação entre recomendações teóricas e a realidade assistencial, na qual decisões frequentemente permanecem centradas no profissional, com participação limitada do paciente e de seus familiares.

A literatura disponível sobre intervenções paliativas em DAP avançada é composta, majoritariamente, por estudos observacionais, retrospectivos e de pequeno porte, o que limita a robustez das conclusões. Ainda assim, os dados existentes sugerem benefícios consistentes da integração precoce de cuidados paliativos. (3, 4, 5)

Do ponto de vista ético, a ausência de discussão estruturada sobre prognóstico, funcionalidade futura e possibilidade de intervenções indesejadas pode resultar em tratamentos desproporcionais, prolongamento do sofrimento e maior probabilidade de óbito hospitalar. Nesse contexto, a cirurgia vascular e a consulta paliativa devem ser interpretadas como estratégias ativas de cuidado, centradas na dignidade e na qualidade de vida.

Referências:

1. Gornik HL, Aronow HD, Goodney PP, et al. 2024 ACC/AHA/AACVPR/APMA/ABC/SCAI/SVM/SVN/SIR/VESS guideline for the management of lower extremity peripheral artery disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2024;83(24):2497-2604. doi:10.1016/j.jacc.2024.02.013
2. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MEL, Björck M, Brodmann M, Cohnert T, et al.; ESC Scientific Document Group. 2017 ESC guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries. *Eur Heart J.* 2018;39(9):763-816. doi:10.1093/euroheartj/exh095
3. Cattermole TC, Schimmel ML, Carpenter RL, Callas PW, Gramling R, Bertges DJ, Ferranti KM. Integration of palliative care consultation into the management of patients with chronic limb-threatening ischemia. *J Vasc Surg.* 2023;78(2):454-463. doi:10.1016/j.jvs.2022.12.069
4. Morton C, Hayssen H, Kawaji Q, Kaufman M, Blitzer D, Uemura T, Kheirbek R, Nagarshtekh K. Palliative care consultation is associated with decreased in-hospital mortality rates in patients undergoing major amputation. *Ann Vasc Surg.* 2022;86:277-285. doi:10.1016/j.avsg.2022.05.005
5. Kwong M, Curtis EE, Mell MW. Underutilization of palliative care for patients with advanced peripheral artery disease. *Ann Vasc Surg.* 2021;76:211-217. doi:10.1016/j.avsg.2021.07.003
6. Bohula EA, Landzberg MJ, Menon V, Alviar CL, Barsness GW, Crousilat DR, Jain N, et al.; American Heart Association Acute Cardiac Care and General Cardiology Committee of the Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Palliative and end-of-life care during critical cardiovascular illness: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2025;151(24):e1075-e1090. doi:10.1161/CIR.0000000000001334