



GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA: INDICAÇÕES E ASPECTOS ÉTICOS NAS DEMÊNCIAS E NA TERMINALIDADE - UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ENDOSCOPIC PERCUTANEOUS GASTROSTOMY: INDICATIONS AND ETHICAL ASPECTS IN DEMENTITIES AND TERMINATION - A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

Laisla Cristina Souza, Ricardo Jacarandá Faria, Débora Dornelas Andrade, Andressa Freitas Araújo

DOI - 10.5935/2236-5117.2022v59a02

RESUMO

Objetivos: Explicar aspectos da Gastrostomia Percutânea Endoscópica (GEP) e levantar uma reflexão quanto sua aplicação em pacientes com demência e em situação terminal. **Método:** Revisão literária de artigos científicos dos bancos de dados Scielo e PubMed, de 2000 a 2020. **Resultados:** as condições atuais de saúde e a crescente tendência de quadros demenciais e terminais na população tem tornado mais complexa a aplicação de hidratação e nutrição artificiais em pacientes. A confrontação de uma conduta utilitarista e a bioética principialista pode indicar as melhores escolhas. **Conclusões:** a complexidade das indicações da GEP deve sempre gerar uma discussão multidisciplinar e individualizada aos pacientes a respeito da realização do procedimento.

Palavras-chave: Demência; Ética; Gastrostomia; Cuidados Paliativos

ABSTRACT

Objectives: To explain aspects of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) and to reflect on its application in patients with dementia and in a terminal situation. **Method:** Literary review of scientific articles from the Scielo and PubMed databases, from 2000 to 2020. **Results:** Current health conditions and the growing trend of demential and terminal illness in the population have made artificial hydration and nutrition application more complex in patients. The

Laisla Cristina Souza – UniCEUB - Campus Asa Norte, Medicina - Brasília - Distrito Federal - Brasil

Ricardo Jacarandá Faria – UniCEUB - Campus Asa Norte, Medicina - Brasília - Distrito Federal - Brasil

Débora Dornelas Andrade – UniCEUB - Campus Asa Norte, Medicina - Brasília - Distrito Federal - Brasil

Andressa Freitas Araújo – UniCEUB - Campus Asa Norte, Medicina - Brasília - Distrito Federal - Brasil



Correspondência: Laisla Cristina Souza

Internet: laislacrisouza@hotmail.com



Conflito de interesses: não existem conflitos de interesse.

confrontation of utilitarian behavior and mainstream bioethics may indicate the best choices. **Conclusions:** the complexity of PEG indications should always generate a multidisciplinary and individualized discussion with the patients about the procedure.

Keywords: Dementia; Ethics; Gastrostomy; Hospice Care



INTRODUÇÃO

A Gastrostomia Endoscópica Percutânea (GEP) é um procedimento que foi descrito pela primeira vez e inserido na prática médica em 1980, por Gauderer et al¹. Consiste em uma sonda alimentar, implantada por meio da criação de uma fístula gastrocutânea, a fim de se manter nutrição enteral prolongada em pacientes em risco nutricional com trato gastrointestinal funcional, mas incapazes de receber o aporte de nutrientes necessário por via oral^{1,2}.

A inserção da sonda pode ser realizada por meio de três principais técnicas: técnica de tração, de Gauderer-Ponsky, de pulsão, de Sachs-Vine, e de punção, de Russell, não havendo superioridade em adequação ou segurança de um método sobre os outros de acordo com a literatura¹.

A realização do procedimento se destina àqueles pacientes que necessitem de nutrição enteral por tempo maior que quatro semanas, podendo ser tanto temporária, quando a causa é reversível, como definitiva, quando irreversível. Se a expectativa de retorno à alimentação por via oral é de um tempo menor que quatro semanas, o uso de uma sonda nasoentérica possui desfecho semelhante, possuindo o benefício de ser menos invasiva³.

Nas últimas décadas, têm sido ampliadas as possibilidades da intervenção para além das justificativas exclusivamente nutricionais, como por necessidade de descompressão do trato gastrointestinal, de fixação gástrica em casos de volvo intestinal ou de hérnias diafragmáticas^{1,2}.

A principal indicação de GEP é direcionada a casos de disfagia, seja ela orofaríngea (ou "alta", de transferência, com acometimento principal de faringe e esôfago proximal) ou esofágica (ou "baixa", de transporte, afetando principalmente o corpo esofágico e a junção esofagogastrica).⁴

A disfagia pode apresentar diferentes classificações etiológicas, como mecânica, neurogênica, psicogênica, medicamentosa, funcional, devida a outras comorbidades e relacionada ao envelhecimento. Os tipos de disfagia mais comuns são a disfagia mecânica e a disfagia neurogênica.⁵

A disfagia mecânica decorre de comprometimento estrutural com a função neurológica preservada, em consequência de trauma facial e/ou cervical, inflamação

tecidual, infecções locais e traqueostomia por exemplo. Já a disfagia neurogênica está relacionada a alterações no sistema nervoso central ou periférico, como quando há sequelas de traumatismo cranioencefálico, tumor cerebral, paralisia facial, Acidente Vascular Encefálico (AVE) e doenças neurodegenerativas.⁶

As causas de contraindicação para se realizar o procedimento são relacionadas à própria recusa do paciente, aos casos em que a expectativa de vida do paciente é muito curta e em que as complicações superam os benefícios, às alterações anatômicas obstrutivas ou estenosantes que impossibilitem a técnica, a coagulopatias não controladas, à descompensação momentânea de comorbidades. Sintomas como vômitos e diarreia precisam ser avaliados, por facilitar a migração da sonda. Além disso, fístulas intestinais, isquemias gastrintestinais, íleo paralítico e inflamações do trato gastrointestinal (TGI) também constituem contraindicações para terapia nutricional enteral.^{1,2}

Dentre as possíveis complicações relacionadas à GEP, a mais comum é a ocorrência de infecções locais da ferida operatória, em aproximadamente 15% dos casos. Outros exemplos são dor abdominal, febre acompanhada por leucocitose, exteriorização de secreção gástrica pela incisão, obstrução e danos da sonda utilizada, afecções dermatológicas como eczema, granulomas ou celulite, e, mais raramente, síndrome de *Buried Bumper*.^{2,7} Os pacientes mais suscetíveis às ocorrências citadas acima são aqueles com baixo Índice de Massa Corporal (IMC) ou com neoplasias em estágios avançados.¹

OBJETIVOS

Explicar a utilidade da GEP, seus benefícios, possíveis prejuízos e levantar uma reflexão quanto aos aspectos éticos envolvidos na decisão terapêutica compartilhada de se aplicar a GEP em pacientes com demência e em situação terminal.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão literária baseada na pesquisa de artigos científicos dos bancos de dados Scielo e PubMed, publicados de 2000 a 2020, com os termos gastrostomia, demência, ética e cuidados paliativos na terminalidade da vida. Após leitura dos artigos selecionados, foram identificadas questões centrais sobre critérios de indicações e consequências do procedimento especificamente para os grupos de pacientes mencionados, norteando a discussão do tema.



DISCUSSÃO

O envelhecimento da população atual associado ao avanço nas condições de saúde gera uma tendência crescente de quadros de demência e patologias terminais, o que aumenta a importância e complexidade da discussão sobre o uso da hidratação e nutrição artificial nesses pacientes². "Quando indicar? "; "É necessário? "; "Quem se beneficia? "; "Quais os prejuízos? "; "Há qualidade de vida? E de morte? "; "Até onde vai a autonomia do paciente e da família? "são questões recorrentes.

Dúvidas e questionamentos surgem quanto aos aspectos éticos da GEP, especialmente em pacientes diagnosticados com demências ou em fase terminal de patologias. Há estudos que rejeitam a indicação do procedimento a pacientes incapazes de decidir por si próprios, condicionando a escolha ao fornecimento de informações claras à família ou representante legal do indivíduo.² As respostas podem ser indicadas pela confrontação de uma conduta utilitarista e a bioética principialista.

Segundo Jeremy Bentham e John Stuart Mill, o utilitarismo sugere que "as ações são boas quando tendem a promover a felicidade, más quando tendem a promover o oposto da felicidade"⁸. De acordo com os autores, as ações são tidas como boas ou más em virtude das consequências que apresentam, e, no utilitarismo, uma ação seria considerada boa se causar, maioritariamente, um benefício geral. O peso dos riscos sobre os benefícios para o indivíduo e a sociedade são as principais diretrizes destes pensadores.

Já o principialismo, assim concebido por Beauchamp e Childress, é definido por quatro princípios - beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça⁹, utilizados como base para as ações humanas. Esse modelo propõe maior individualidade e subjetividade na ação moral e tem se expandido nas áreas de saúde.

A autonomia é principal princípio nesta corrente da Bioética. Existe tanto a autonomia do profissional, em que há de se respeitar seu julgamento e sua objeção de consciência, como a do paciente, que deve receber o incentivo de expressar o que lhe é preferível e de propor possibilidades alternativas às que foram apresentadas. Entretanto, nem sempre o paciente recebe a comunicação adequada sobre sua saúde e tem suas preferências admitidas e respeitadas.¹⁰

Acolher a autonomia do paciente possui relevância clínica, psicológica e jurídica. Clinicamente, há enriquecimento da relação médico-paciente, com maior adesão e satisfação. No âmbito psicológico, o paciente sente que possui poder de manejar e controlar a própria vida de acordo com seus valores. Judicialmente, a autonomia respalda os direitos que a pessoa possui sobre o próprio corpo. Exemplo disso se encontra no testamento vital.¹⁰

O testamento vital, ou a diretiva antecipada de vontade, consiste no documento assinado pelo paciente antes que se alcance um estado inconsciente e portanto incapaz de expressar sua vontade. Por meio dele, a pessoa determina quais procedimentos e condutas terapêuticas estariam em concordância ou não com seus ideais diante de uma patologia em situação de terminalidade.¹¹

A resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina destaca em seus incisos algumas normas relativas à diretiva. Entre elas, o paciente tem direito de escolher um representante para tal fim; seu testamento vital prevalece sobre qualquer parecer não médico e inclusive sobre os desejos dos familiares, e será registrado em prontuário; poderá ser desconsiderado em caso de discordância com o Código de Ética Médica.¹¹

Outro ponto cada vez mais relevante na tomada de decisões nos grupos de pacientes mencionados se dá a respeito da expansão do trabalho em Cuidados Paliativos. O cuidado paliativo é a abordagem que visa a promoção da qualidade de vida de pacientes e seus familiares, através da avaliação precoce e controle de sintomas físicos, sociais, emocionais, espirituais desagradáveis, no contexto de doenças que ameaçam a continuidade da vida. A assistência é realizada por uma equipe multiprofissional durante o período do diagnóstico, adoecimento, finitude e luto.¹²

Tendo em vista o complexo papel de prestar cuidados em saúde ao ser humano em atendimento, devem ser feitas considerações a respeito da realização de medidas invasivas de suporte de vida e do que constitui, especificamente para aquele indivíduo, um cuidado adequado. Conforme consta no Manual de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde, cuidado adequado é aquele singularizado a fim de se otimizar a saúde e o bem-estar ao ofertar o que é necessário, desejado e clinicamente eficaz de forma acessível, equitativa e responsável no uso de recursos.



Nesse contexto, o sistema de prestação de serviço em saúde deve buscar, como um todo, impedir o *Underuse* e o *Overuse*. Entende-se como *Underuse* a ausência da entrega de um serviço que apresentaria provável benefício qualitativo e quantitativo sobre a vida de um paciente adequadamente informado sobre suas possíveis vantagens e desvantagens, que desejaria sua realização, e que possui boa relação custo-benefício. Por outro lado, *Overuse* é a concretização de um serviço com baixa probabilidade de interferência positiva qualitativa e quantitativamente sobre a vida do paciente, oferecendo mais riscos do que benefícios a pacientes devidamente informados que não desejam se submeter a sua realização.¹²

É essencial ponderar, durante a definição de qualquer conduta a ser realizada, os valores que o paciente traz consigo e as preferências que ele possui, para que assim seja formada uma decisão compartilhada entre equipe e pessoa. Para que isso aconteça, são necessários esforços para que haja compreensão por parte do paciente de seu estado clínico atual, dos benefícios e riscos inerentes a cada possibilidade terapêutica.

Outro aspecto fundamental a ser considerado na individualização do caso diz respeito à funcionalidade do paciente, que, quando preservada indica melhores condições de recuperação do que quando comprometida. Nesse sentido, é importante levar em conta tanto os indícios de fragilidade de cada pessoa, como caquexia, hipoalbuminemia, quedas, infecções e internações recorrentes apesar de otimização do tratamento, como o prognóstico das comorbidades existentes.¹²

Em culturas e países diferentes questões socioeconômicas, logísticas, e técnicas (como uma alimentação mais próximo do fisiológico como oferecida pela gastrostomia) podem ser justificativas utilitaristas de difícil contra argumentação para a instalação da gastrostomia em países como o Brasil. Porém o entendimento do respeito a autonomia em especial em situações de terminalidade da vida e quadros demenciais avançados tem sido cada vez mais desafiador à simplificação da ponderação “risco x benefício”, em especial em pacientes que naquele momento não disponham de todas as condições para seu exercício. Neste caso a família, o cuidador e decisões anteriormente referidas pelo paciente devem ser considerados.

Evidências recentes demonstram que a instalação da GEP não aumenta significativamente a sobrevida dos pacientes ainda que culturalmente o fornecimento alimentar é considerado um imperativo moral para o cuidador.

Assim, no contexto destas ponderações, a instalação ou não da GEP deveria ser decidida por equipe multidisciplinar (fonoaudiologia, medicina, enfermagem, nutrição e assistente social), orientando o paciente e cuidador para adequada tomada de decisões, que jamais deverá ser realizada de forma isolada.

CONCLUSÃO

As indicações clínicas, simplicidade técnica e popularização da GEP têm trazido à tona importante discussão de seus aspectos éticos. Dada a complexidade das indicações em pacientes com demência, há que se discutir, em caráter multidisciplinar e tendo em vista o respeito à cultura e às crenças do paciente e do cuidador, a realização do procedimento. Essa é a recomendação da revisão de literatura publicada, considerando em especial as recomendações da Sociedade Europeia de nutrição clínica e metabolismo (ESPEN)⁷.

REFERÊNCIAS

1. MANSUR, G. ; MELLO, G. ; GARCIA, F. ; SANTOS, T. Projeto Diretrizes - Gastrostomia Percutânea Endoscópica. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. Rio de Janeiro, out. 2010.
2. ESQUIVEL, S. ; SAMPAIO, J. F. ; SILVA, C. T. Alimentar a vida ou sustentar a morte?: Uma reflexão em equipa partindo de um caso clínico. Rev Port Med Geral Fam, Lisboa, 2014;30(1):44-49.
3. Molina Villalba C, Vázquez Rodríguez JA, Gallardo Sánchez F. Percutaneous endoscopic gastrostomy. Indications, care and complications. Gastrostomía endoscópica percutánea. Indicaciones, cuidados y complicaciones. Med Clin (Barc). 2019;152(6):229-236. doi:10.1016/j.medcli.2018.09.008
4. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines Disfagia Diretrizes e cascatas mundiais Atualização de setembro de 2014. <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>
5. ZATERKA, Schlioma; EISIG, Jaime N. Tratado de gastroenterologia: da graduação à pós-graduação. São Paulo: Atheneu, FBG, 2011. 1260 p. ISBN 9788538801702.
6. Pimentel, Priscila Cristina Verona. Proposta de elaboração de um protocolo de avaliação fonoaudiológica da disfagia infantil. /Priscila Cristina Verona Pimentel – Belo Horizonte, 2009. – Belo Horizonte, 2009.



7. DRUML C, BALLMER PE, DRUML W., OEHMICHEN F, SHENIN A, SINGER P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration (in press) *Clinical Nutrition* 2016; 35:545-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.006>
8. JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. Dicionário básico de filosofia, *Zahar*. 1993.
9. SAAD, T. C. (2017). The history of autonomy in medicine from antiquity to principlism. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21(1), 125-137. doi:10.1007/s11019-017-9781-2
10. Abreu Carolina Becker Bueno de, Fortes Paulo Antonio de Carvalho. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2014 Aug[cited 2020 Nov 23]; 22(2):299-308. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200012&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222011>
11. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.995/2012, de 31 de agosto de 2012, Seção I, p.269-70. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>
12. Manual de Cuidados Paliativos / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte ... [et al.]. – São Paulo: Hospital SírioLibanês; Ministério da Saúde; 2020.