

A ÉTICA E OS PACIENTES TERMINAIS

José Eduardo de Siqueira*

“Curar às vezes, aliviar muito freqüentemente e confortar sempre.”

Oliver Holmes

A medicina atual vive um momento de busca de sensato equilíbrio na relação médico-paciente. A Ética Médica tradicional concebida no modelo hipocrático tem um forte acento paternalista. Ao paciente cabe simplesmente obediência às decisões médicas, tal qual uma criança cumpre sem questionar as ordens paternas. Assim, até a primeira metade do século XX, qualquer ato médico era julgado levando-se em conta apenas a moralidade do agente desconsiderando-se os valores e crenças dos pacientes. Somente a partir da década de sessenta, os códigos de ética profissionais passaram a reconhecer o enfermo como agente autônomo. À mesma época, a medicina passou a incorporar com muita rapidez um impressionante avanço tecnológico. Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e novas metodologias criadas para aferir e controlar as variáveis vitais ofereceram aos profissionais a possibilidade de adiar o momento da morte. Se no início do século XX o tempo estimado para o desenlace após a instalação de enfermidade grave era de cinco dias, ao seu final era dez vezes maior. Tamanho é o arsenal tecnológico hoje disponível que não é descabido dizer que torna-se quase impossível morrer sem a anuência do intensivista.

Cresceu enormemente o poder de intervenção do médico sem que ocorresse simultaneamente uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos. Seria ocioso comentar os benefícios aferidos com as novas metodologias diagnósticas e terapêuticas. Incontáveis são as vidas salvas em situações críticas como, por exemplo, os pacientes recuperados após infarto agudo do miocárdio e/ou enfermidades com graves distúrbios hemodinâmicos que foram resgatados plenamente saudáveis através de engenhosos procedimentos terapêuticos.

Ocorre que nossas UTI passaram a receber, também, pacientes portadores de doenças crônicas incuráveis com intercorrências clínicas as mais diversas e que foram contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se para os últimos, com freqüência, alcançava-se plena recuperação, para os crônicos pouco se oferecia além de um sobreviver precário e, às vezes, não mais que vegetativo. Fomos expostos à dúvida sobre o real significado da vida e da morte. Até quando avançar nos procedimentos de suporte vital? Em que momento parar e, sobretudo, guiados por que modelos de moralidade? Aprenderamos muito sobre tecnologia de ponta e pouco sobre o significado metafísico da vida e da morte. Um trabalho publicado em 1995 (HILL, T.P. *Arch. Intern. Med.* v. 115, p. 1265-9, 1995) mostrou que apenas cinco de cento e vinte e seis escolas de medicina norte-americanas ofereciam ensinamentos sobre a terminalidade humana. Apenas vinte e seis dos sete mil e quarenta e oito programas de residência médica tratavam do tema em reuniões científicas.

Despreparados para a questão, passamos a praticar uma medicina que subestimava o conforto do enfermo terminal impondo-lhe uma longa e sofrida agonia. Adiávamos a morte às custas de insensato e prolongado sofrimento para o paciente e sua família. O estudo SUPPORT (Lynn, J. Study to understand prognosis and preferences for outcomes and risk of treatment. *Ann. Intern. Med.* v. 126, p. 97-106, 1997), colheu informações de familiares e pacientes idosos gravemente enfermos e concluiu que 55% dos mesmos estavam conscientes nos três dias que antecederam a morte, 40% sofreram dores insuportáveis, 80% fadiga extrema e 63% tiveram extrema dificuldade para tolerar o sofrimento físico e emocional que experimentavam. As evidências parecem demonstrar que esquecemos o ensinamento de Oliver Holmes que reconhecia como função do médico “curar às vezes, aliviar muito freqüentemente e confortar sempre”. Deixamos de cuidar da **pessoa doente** e nos empenhamos em tratar a **doença da pessoa** desconhecendo que nossa missão primacial deve ser a busca do bem-estar físico e emocional do enfermo, já que todo ser humano sempre será uma complexa realidade bio-psico-sócio-espiritual.

A obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo nos conduziu à chamada obstinação terapêutica. Alguns alegando ser a vida um bem sagrado por nada se afastam da determinação de tudo fazer enquanto restar um débil sopro de vida. Um documento da Igreja Católica de maio de 1980 sobre Eutanásia assim considera a questão: “*É lícito renunciar a certas intervenções médicas inadequadas à situações reais do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida...*”

Em maio de 1991 o jornal *Washington Post* publicou um artigo assinado pelo médico John H. Flashen com o título: “*Escolhendo Morte ou mamba na UTI*” que bem define a situação de sofrimento que muitos doentes experimentam quando internados em nossas modernas UTI. Relata o articulista, em história ficcional, a experiência que viveram três missionários religiosos quando aprisionados por uma tribo de canibais. Como forma de execução, o chefe tribal oferecera-lhes duas opções: morte ou mamba. Dois deles, sem saber o significado de mamba, a escolheram, na suposição que certamente seria melhor que morte, que bem conheciam. Souberam, então, que mamba era uma cobra venenosa cuja picada impunha enorme e insuportável sofrimento antes de culminar, após algumas horas, em morte. Viveram, assim, uma longa agonia antes

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 2, n. 2, p. III-IV, 2000

* Professor de Clínica Médica e Bioética da Universidade Estadual de Londrina e Doutor em Medicina com pós-doutorado em Bioética pela Universidade do Chile

do desenlace final. Após presenciar o insólito sofrimento dos companheiros, o terceiro missionário rogou ao chefe indígena que lhe concedesse a morte. Recebeu como resposta que a teria sem dúvida, porém, precedida de “*um pouquinho de mamba*”. A questão apresentada por Flashen aos médicos é sobre a quantidade da mamba imposta cotidianamente a inúmeros pacientes internados em UTI.

Lemos em Eclesiastes, redigido provavelmente no séc. III a.C.: “*Tudo tem seu tempo, o momento oportuno para todo propósito debaixo do sol. Tempo de nascer, tempo de morrer*” (Ecl. 3: 1-2). Inevitavelmente cada vida humana chega ao seu final. Assegurar que esta passagem ocorra de forma digna, com cuidados e buscando-se o menor sofrimento possível é missão daqueles que assistem aos pacientes terminais. Um grave dilema ético se apresenta hoje para os profissionais de saúde se refere a quando **não** utilizar toda tecnologia disponível. Jean Robert Debray em seu livro “*L’acharnement thérapeutique*” assim conceitua obstinação terapêutica: “*Comportamento médico que consiste em utilizar procedimentos terapêuticos cujos efeitos são mais nocivos do que o próprio mal a ser curado. Inúteis, pois a cura é impossível e os benefícios esperados são menores que os inconvenientes provocados*. Essa batalha fútil travada em nome do caráter sagrado da vida parece negar a própria vida humana naquilo que ela tem mais essencial que é a dignidade.

Finalizamos essa reflexão sobre a assistência médica a pacientes terminais, propondo um desafio, especialmente dirigido

aos hospitais universitários. Por que não oferecer, além de unidades de alta tecnologia médica, um serviço de cuidados paliativos com assistência multidisciplinar? Profissionais de diferentes áreas do saber acadêmico integrados para proporcionar um atendimento ao paciente e sua família nesse período crucial da vida. Cicely Saunders, médica inglesa que criou em 1967 o primeiro serviço com as características acima apontadas e o denominou “*hospice*”, teve seu exemplo seguido em vários países, lamentavelmente não no Brasil. Hoje, na Inglaterra existem mais de dois mil e quinhentos leitos destinados para o atendimento de doentes terminais. A revista *Newsweek* de março de 1988 estimou que 35% dos cento e quarenta mil pacientes ingleses portadores de câncer são atendidos em *hospices*.

No Brasil há muito que fazer, iniciando pelos aparelhos formadores que moldam profissionais com esmerada formação técnica e nenhuma ênfase humanística. Precisamos atentar para as observações de um dos maiores cardiologistas do séc. XX, Bernard Lown, que em seu primoroso livro “*A arte perdida de curar*” exorta as faculdades de medicina para formarem profissionais mais sensíveis ao sofrimento e menos técnicos, menos “*oficiais maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas*”, e mais profissionais humanos. Afinal, se estamos ao lado do ser humano ao nascer e no transcurso de sua vida, precisamos acompanhá-lo solidariamente no morrer, mas que a derradeira passagem respeite sua dignidade.
