

## Temas em debate



Asclépio cura os doentes. Relevô de Aquino. Museu Nacional, Atenas

Esta Seção trará as discussões suscitadas pela mídia em torno da bioética

Assim, temas como clonagem, aborto, conduta médica, entre outros, serão discutidos na mesma

### A terminalidade da vida

A medicina atual vive um momento de busca de sensato equilíbrio na relação médico-paciente. A ética médica tradicional concebida no modelo hipocrático tem forte acento paternalista. Ao paciente cabe simplesmente a obediência às decisões médicas, tal qual uma criança deve cumprir 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 enfermos. Somente a partir da década de 60, os códigos de ética profissional passaram a reconhecer o doente como agente autônomo.

À mesma época, a medicina passou a incorporar com muita rapidez um impressionante avanço tecnológico. Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) 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 se torna quase impossível morrer sem a anuência do médico.

Bernard Lown, em sua obra *A arte perdida de curar*, afirma: “As escolas de medicina e o estágio nos hospitais os preparam (os futuros médicos) para tornarem-se oficiais-maiores da ciência e gerentes

de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico. Os médicos aprendem pouquíssimo a lidar com a morte. A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer”.

Cresceu enormemente o poder de intervenção do médico sem que simultaneamente ocorresse uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos. Seria ocioso comentar os benefícios auferidos com as novas metodologias diagnósticas e terapêuticas. Incontáveis são as vidas salvas em situações críticas como, por exemplo, os enfermos 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 UTIs passaram a receber, também, enfermos portadores de doenças crônico-degenerativas incuráveis com intercorrências clínicas as mais diversas e que são contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se para os últimos, com frequência, alcança-se plena recuperação, para os crônicos pouco se oferece além de um sobreviver precário e, às vezes, não mais que vegetativo. Somos 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? Aprendemos muito sobre tecnologia de ponta e pouco sobre o significado ético da vida e da morte. Um trabalho publicado em 1995, no *Archives of*

*Internal Medicine*, 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 subestima o conforto do enfermo com doença incurável em fase terminal, impondo-lhe longa e sofrida agonia. Adiamos a morte às custas de insensato e prolongado sofrimento para o paciente e sua família. O estudo *Support*, publicado em 1999, colheu informações de familiares e doentes gravemente enfermos e concluiu que 55% dos mesmos estiveram conscientes nos três dias que antecederam a morte; 40%, sofreram dores insuportáveis; 80%, fadiga extrema e 63%, extrema dificuldade para tolerar o sofrimento físico e emocional que experimentavam.

As evidências parecem demonstrar que esquecemos o ensinamento clássico que reconhece 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 biopsicossocial e espiritual.

A obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo nos conduz à obstinação diagnóstica e 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 1995, assim considera a questão: *“Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado – excesso terapêutico –, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a 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 UTIs. Relata o articulista, em história ficcional, a experiência vivida por 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 a 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 do desenlace final. Após presenciar o insólito sofrimento dos companheiros, o terceiro missionário rogou ao chefe indígena

na 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 século 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 e 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 enfermos portadores de doenças em fase terminal. Um grave dilema ético que hoje se apresenta para os profissionais de saúde se refere a quando *não* utilizar toda a tecnologia disponível. Jean Robert Debray, em seu livro *L’acharnement thérapeutique*, assim conceitua a 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: a dignidade.

A Associação Médica Mundial, por intermédio da Declaração sobre os Direitos do Paciente, recentemente revisada (Santiago, Chile, outubro de 2005), enfatiza que o paciente tem:

*“Direito à dignidade. Isto implica em respeitar sua privacidade, bem como sua cultura e valores, ter seu sofrimento aliviado segundo o estado atual do conhecimento, bem como cuidados terminais com toda a assistência possível para tornar o morrer tão digno e confortável quanto seja possível”.*

Contudo, esta exposição sobre a assistência médica a pacientes portadores de doenças terminais propõe 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 enfermo e sua família nesse período crucial da vida.

Cicely Saunders, médica inglesa que em 1967 criou 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 ao atendimento de doentes terminais. A revista *Newsweek*, de março de 1988, estimou que 35% dos cento e quarenta mil enfermos ingleses portadores de câncer são atendidos em *hospices*.

No Brasil, há muito o que fazer, iniciando pelos aparelhos formadores que moldam profissionais com esmerada preparação técnica e nenhuma ênfase humanística. Precisamos atentar para as observações de Bernard Lown, que exorta as faculdades de medicina a formarem profissionais mais sensíveis ao sofrimento

e menos técnicos, menos *“oficiais-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas”* e mais profissionais com competência humanitária. 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.

O médico é aquele que detém a maior responsabilidade da *“cura”* e, portanto, o que tem o maior sentimento de fracasso perante a morte do enfermo sob os seus cuidados. Entretanto, nós, médicos, devemos ter em mente que o entusiasmo por uma possibilidade técnica não nos pode impedir de aceitar a morte de um doente e devemos ter a maturidade suficiente para pesar qual modalidade de tratamento será a mais adequada. Deveremos considerar a eficácia do tratamento pretendido, seus riscos em potencial e as preferências do enfermo e/ou seu representante legal.

Diante dessas afirmações, torna-se importante que a sociedade tome conhecimento que certas decisões terapêuticas poderão somente prolongar o sofrimento do ser humano até o momento de sua morte, sendo imprescindível que médicos, pacientes e familiares, que possuem diferentes interpretações e percepções morais de uma mesma situação, venham a debater sobre a terminalidade humana e sobre o processo do morrer.

De posse desses questionamentos, o Conselho Federal de Medicina vem promovendo, por intermédio de sua Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida, debates e fóruns pro-

# SEÇÕES

pondo a edição de uma resolução. Além disso, *Bioética* versará sobre essa temática polêmica e o simpósio do próximo número da revista necessária.

## **JOSÉ EDUARDO DE SIQUEIRA**

---

Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética