

Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida

José Eduardo de Siqueira

A rotina imposta aos médicos é a de reconhecer e perseguir múltiplos objetivos, que podem ser complementares ou excludentes. Curar a enfermidade, cuidar da insuficiência orgânica, restabelecer a função, compensar a perda, aliviar os sofrimentos, confortar pacientes e familiares e acompanhar, ativa e serenamente, os últimos momentos da vida do paciente não é tarefa fácil e isenta de frustrações, pois os obriga a considerar, caso a caso, o justo equilíbrio nas tomadas de decisões, evitando a obstinação terapêutica em circunstância de terminalidade da vida, reconhecendo a finitude humana e as limitações da ciência médica sem, entretanto, deixar de proporcionar todos os benefícios oferecidos pelos avanços do conhecimento científico.

O presente artigo pretende oferecer elementos de reflexão para orientar a busca do sensato equilíbrio no uso das hodiernas tecnologias biomédicas no tratamento de pacientes com enfermidades crônico-degenerativas em fase terminal de vida.



José Eduardo de Siqueira

Professor de Clínica Médica e Bioética da Universidade Estadual de Londrina, assessor de Bioética da Unesco, membro do *Board* da International Association of Bioethics, membro da Câmara Técnica de Doenças em Fase Terminal/CFM e presidente da Sociedade Brasileira de Bioética

Unitermos: cura, terminalidade, fim, vida

Introdução

“Morrer pertence à vida, assim como o nascer. Para andar, primeiro levantamos o pé e, depois, o baixamos ao chão (...). Algum dia saberemos que a morte não pode roubar nada do que nossa alma tiver conquistado, porque suas conquistas se identificam com a própria vida”. Assim se expressa Tagore, poeta indiano, incorporando a morte como parte integrante da vida e não como intrusa indesejável (1).

É certo, entretanto, que a modernidade a encara de maneira diversa, percebendo-a como prova de fracasso. Em novembro de 1993, o diário *The New York Times* assim apresentou o tema da morte: “Quando a morte era considerada um evento metafísico, exibia certo tipo de respeito. Hoje, onde o processo se prolonga enormemente, é vista como prova de fracasso (...). Num sentido

bastante novo em nossa cultura, ficamos envergonhados da morte e procuramos nos esconder dela. A nosso ver, é um fracasso” (2).

Tratando da mesma temática, porém com enfoque muito diverso, recolhemos este ensinamento de Rubem Alves: “Houve um tempo em que nosso poder ante a morte era muito pequeno e, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar” (3).

Não há vida sem morte, e aí temos o caráter central da questão, qual seja, o da finitude e transitoriedade da existência tão bem tratada por Hegel na *Fenomenologia do espírito*: “O botão desaparece com o surgimento da flor. Poder-se-ia dizer que aquele é negado por esta. Do mesmo modo, o fruto aparece no lugar da flor, mostrando o verdadeiro sentido da árvore. A morte do botão permite a vida da flor, a morte da flor significa a vida do fruto, ou seja, vida e morte estão intimamente entrelaçadas” (4).

A morte representa, portanto, o fim da vida em duplo sentido: como fim cronológico da existência humana e, ao mesmo tempo, elemento que lhe oferece significado, dotando-a de sentido transcendente, conforme percebido por Rainer Maria Rilke: “Há que aprender-se a morrer. Nisto consiste a vida, em preparar com tempo a obra maior de uma morte nobre e superior, uma morte em que a dúvida não tome parte (...)” (5).

Em maio de 1991, o jornal *Washington Post* publicou um artigo, assinado pelo médico John H. Flaschen, 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 unidades de terapia intensiva. Relata o articulista, em história ficcional, a experiência vivida por três missionários religiosos quando aprisionados por uma tribo de canibais. Como forma de passamento, o chefe tribal lhes oferecera duas opções: morte ou mamba. Dois deles, sem saber o significado de mamba, a escolheram, na suposição de que certamente seria melhor que a morte, que bem conheciam. Souberam, então, que mamba era uma cobra venenosa cuja mordedura impunha enorme e insuportável sofrimento antes de culminar, após algumas horas, em morte. Viveram, assim, longa agonia antes do desenlace. 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 Flaschen, aos médicos, é a quantidade desproporcional de mamba imposta cotidianamente a inúmeros pacientes internados em UTI (6).

Lemos em *Eclesiastes*, redigido 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 a seu final. Assegurar que essa passagem ocorra de forma digna, com cuidados e buscando-se o menor sofrimento possível, é missão daqueles que assistem aos pacientes terminais (7).

Um grave dilema ético se apresenta, hoje, para os profissionais de saúde e se refere a quando *não* utilizar toda a tecnologia disponível. No Brasil, há muito a ser feito, iniciando-se pelos aparelhos formadores que moldam profissionais com esmerada formação técnica e muito pouca ênfase em habilidades humanísticas. Precisamos atentar para as observações de Bernard Lown, que exorta às faculdades de medicina formarem profissionais mais sensíveis ao sofrimento humano e menos técnicos ou “oficiais maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas” (8).

Envelhecimento populacional e a questão da morte

A pessoa idosa sempre foi reconhecida pela sociedade por avaliações ambíguas. A princípio, por terem vivido muito, têm a possibilidade de contribuir com experiência e sabedoria para melhor aperfeiçoar a vida da comunidade. Essa é a percepção de Cícero em *De senectute*, quando considera a velhice a presença do passado no presente, o que facultaria aos idosos sólida colaboração para a convivência mais harmônica entre os diferentes segmentos geracionais (9).

Paralelamente, a modernidade tornou o passado, mesmo que próximo, território de pouco valor. Nessas condições, os idosos serão merecedores de respeito, desde que não se transformem em peso demasiado oneroso para a saúde econômica da sociedade. O envelhecimento da população mundial é, seguramente, o fator que mais preocupará as autoridades governamentais no presente século. Em 1950, o

percentual de maiores de 60 anos era de 8,2%; em 2000, de 10%.

As projeções feitas para 2050 mostram que o planeta abrigará 21,1% de pessoas idosas. No Brasil, os índices são similares: em 1950, 4,9%; em 2000, 7,8%; para 2050, estima-se a impressionante cifra de 23,6% de idosos presentes no convívio social (10).

Os idosos realizam elevado número de consultas médicas (11/ano) quando comparados com os jovens (1/ano). Em 1995, foram responsáveis por 38% de todas as internações hospitalares realizadas nos EUA (11).

O aumento significativo de custos impostos por pacientes idosos com doenças crônico-degenerativas é fundamentalmente gerado por internações mais frequentes e maior número de procedimentos terapêuticos. A tendência de gastos crescentes com idosos é uma realidade universal. Estima-se que entre 1990 e 2020 haverá um aumento de 7,9% na expectativa de vida de cidadãos norte-americanos com idade superior a 65 anos, o que resultará em aumento de gastos da ordem de US\$ 98 bilhões para o Sistema Medicare (12).

As últimas décadas do século XX foram marcadas por extraordinários avanços tecnológicos, o que resultou em maior indicação de sofisticados procedimentos terapêuticos a grande parcela da população idosa. Entre 1987 e 1995, o número de pacientes norte-americanos com idade superior a 65 anos, beneficiados pela cirurgia de revascularização miocárdica, saltou de 82.000 para 141.000,

enquanto que a indicação de angioplastia coronária cresceu três vezes, de 44.000 para 131.000. Importante considerar que a realização desses procedimentos ocorreu de maneira mais significativa em pacientes octogenários (13).

É consensual reconhecer no Ocidente três correntes de pensamento em bioética: a anglo-americana, a européia e a latino-americana. A primeira privilegia a autonomia da pessoa, inspirando-se no pragmatismo liberal. A segunda, com base na tradição filosófica grega e judaico-cristã, preocupa-se com questões atinentes à fundamentação dos princípios morais. A terceira, embora ainda em construção, alimenta-se das reflexões das escolas anteriores e se distingue das outras por priorizar o social, dando igual ênfase a fatos científicos e valores morais.

As grandes metrópoles da atualidade, produtos da revolução industrial iniciada no século XIX, impõem a convivência de diferentes gerações e as obriga a desigual concorrência num mercado de trabalho extremamente competitivo, que valoriza a juventude e subestima a experiência acumulada dos idosos.

Curiosamente, revivemos o modelo da “polis” grega, onde a beleza da juventude era valorizada e a velhice estigmatizada em apreciações cruéis proferidas por, pelo menos, dois dos maiores filósofos da antiguidade clássica, Platão e Aristóteles. Em *República*, o discípulo preferido de Sócrates considera “a enfermidade uma velhice precoce e a velhice uma enfermidade permanente”. Já Aristóteles, em *Retórica*, apresenta o seguinte juízo sobre as

pessoas idosas: “Os anciãos passados da maturidade (...) como características (...) são mesquinhos, por terem sido humilhados por toda a vida (...) covardes e egoístas e vivem mais com a memória que com a esperança” (14).

Os modernos preceitos morais sobre o envelhecimento são paradoxais. Declaram, por diplomas legais, o respeito aos idosos, mas, simultaneamente, os marginalizam e consideram como um peso para a sociedade. Chega-se à velhice ocupando posições centrais em fotografias de famílias, esquecidas em álbuns de recordações, e rimos desbragadamente com a propaganda de cerveja, veiculada por canais de televisão brasileiros nos meses que antecederam o carnaval de 2005, onde era apresentado um enorme e patético cortejo de senhoras idosas correndo atrás de dois rapazes, que, para fugir das incômodas perseguidoras, mergulhavam em uma geladeira de bar, onde encontravam alegre refúgio nos braços de famosa e bela cantora que os convidava a consumir uma nova marca da bebida.

A sociedade é perversamente manipulada em campanhas para promover o rejuvenescimento dos velhos. Os idosos são incentivados a assumir a condição de jovens não somente na aparência física, mas também na incorporação de novos hábitos de vida. Para serem acolhidos pela sociedade de consumo precisam renunciar a seus princípios de autodeterminação, além de serem coagidos a incorporar comportamentos alheios a seus valores pessoais.

Elisabeth Kübler-Ross relata pungente depoimento de uma paciente octogenária terminal:

“Somos como uma torta: damos um pedaço para nossos pais, outro para nossos amores, um para os amigos, outro para os filhos e um outro para nossa profissão. No final da vida, algumas pessoas não guardaram nenhum pedaço para si mesmas e nem mesmo sabem que tipo de torta foram” (15).

Relacionamento médico-paciente

A pergunta que atualmente se impõe aos médicos é: o que ocorreu com a prática médica no cenário da modernidade?

O modelo cartesiano-flexeneriano, matriz da formação médica atual, introduziu práticas na atenção à saúde que resultaram em dramáticas mudanças no relacionamento médico-paciente. O extraordinário avanço técnico-científico, aliado ao uso acrítico de métodos de semiologia armada, descaracterizou a medicina como arte, levando o profissional a afastar-se das dimensões socioantropológicas das pessoas enfermas.

Heidegger definiu a tecnociência como “veículo que conduz a vida à pura instrumentalidade, inviabilizando o projeto de existência humana autêntica”. Jacques Ellul, assim como Heidegger, reconheceu a civilização da técnica como instrumento de anulação da liberdade humana e identificou “uma perversão do homem pela tecnologia”, já que esta o desviou de seus objetivos essencialmente humanos (16).

Se os conhecimentos científicos são cumulativos, a construção de valores éticos não o é. A ética não é tempero a ser adicionado ao banquete da tecnociência para conferir melhor

sabor; ao contrário, é ingrediente necessário para tornar assimilável, pela sociedade, o prato condimentado da ciência.

Não infreqüentemente, os seres humanos são dominados pelo fascínio da tecnociência e criam a ilusão de que o acúmulo de conhecimentos é suficiente para torná-los felizes. Bertold Brecht, em *A vida de Galileu*, cunhou a implacável sentença de que “talvez, com o tempo, descubrais tudo aquilo que se pode descobrir e, contudo, o vosso progresso não será mais do que uma progressão, deixando a humanidade sempre cada vez mais para trás. A distância entre vós e ela pode, um dia, tornar-se tão profunda que o vosso grito de triunfo diante de alguma nova conquista poderá receber como resposta um grito universal de pavor” (17).

O impressionante crescimento da tecnologia em medicina foi sendo assimilado de maneira inadequada na prática profissional, pois originalmente complementares, os métodos de semiologia armada transformaram-se em procedimentos essenciais, deixando a condição de súditos para assumirem a posição de soberanos nas tomadas de decisões clínicas.

Atrofiou-se enormemente a destreza em realizar anamneses elucidativas e o exame físico detalhado transformou-se em exercício cansativo e desnecessário diante da grande precisão das informações fornecidas pelos equipamentos. O que era complementar transformou-se em essencial.

A vinculação entre profissional e enfermo, que o ato médico impõe, é resultado de dois movi-

mentos que se completam: o do enfermo que procura o profissional e o do médico que acolhe o paciente. Embora sejam qualitativamente distintos, Hipócrates os descreveu num único vocábulo: “*philia*”, que deve ser traduzido como amizade, amor, solidariedade e compaixão (18).

Como apreender o global, o multidimensional, o complexo e organizar o conhecimento para melhor atender o ser humano protagonista central de quaisquer iniciativas em medicina? Esta é a indagação apresentada por Edgar Morin no que denomina “os princípios do conhecimento pertinente”. Em resposta à questão, resgata ensinamento de Blaise Pascal apresentado na obra *Pensamentos*: “Sendo todas as coisas causadas e causadoras, ajudadas ou ajudantes, mediatas e imediatas e sustentando-se todas por um elo natural que une as mais distantes e as mais diferentes, considero ser impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tampouco conhecer o todo sem conhecer as partes” (19).

Formação profissional

Müller, citado por Troncon, avalia que “as escolas médicas estão submergindo os estudantes em pormenores opressores sobre conhecimentos especializados e aplicação de tecnologias sofisticadas, restringindo a aprendizagem de habilidades médicas fundamentais, o que pode levar a uma fascinação pela tecnologia, tornando o artefato mais importante que o paciente” (20).

É óbvio que o fascínio pela tecnologia, apontado pelo autor, está presente não exclusivamente na pessoa do profissional, mas, igualmente, na fantasia de pacientes que, informados inade-

quadamente pela mídia, pressionam seus médicos a solicitar os últimos exames gerados pela tecnociência, bem como que lhes prescrevam as mais modernas drogas produzidas pelas empresas farmacêuticas. Esse sinergismo de equívocos acaba por transformar o profissional em prosaico intermediário entre a ganância de grandes empresas farmacêuticas e de tecnologias biomédicas pouco afeitas a preceitos éticos e com enorme contingente de consumidores mal informados e, portanto, vulneráveis.

Desde as primeiras lições, o estudante de medicina é ensinado, por metodologia analítica, que para bem compreender uma enfermidade deve dividir o objeto de seu estudo em tantas partes quanto possível. Esse modelo de ciência foi proposto por René Descartes, filósofo francês que no século XVII escreveu *O discurso do método*, onde propõe que a busca do saber científico verdadeiro deve partir do conhecimento das partes e somente por intermédio deste procedimento poder-se-á alcançar os autênticos objetivos de qualquer pesquisa (21).

O modelo vigente de ensino médico, inaugurado no início do século XX por Abraham Flexner, é fiel herdeiro da proposta cartesiana. Em 1910, o famoso Relatório Flexner impôs mudanças radicais e necessárias no relapso sistema de ensino médico norte-americano (22).

Quisera pudéssemos ressuscitar Flexner para nos auxiliar a corrigir as mazelas dos cursos médicos de nosso país, crescentemente dominados pela iniciativa de grupos privados de ensino que têm como preocupação central o lucro advindo de mensalidades com valores exorbi-

tantes para nossa realidade. Inegavelmente imprescindíveis, o método cartesiano – que permitiu desvincular a ciência do território inadvertidamente ocupado por dogmas religiosos – e o modelo flexneriano de ensino, que trouxe credibilidade à formação médica, permanecem imutáveis até nossos dias, desconhecendo que no transcurso do século XX a sociedade assistiu a transformações nos campos do conhecimento científico e de valores morais como nunca antes em toda a história da humanidade.

A aplicação do método cartesiano em medicina nos faz descrever o ser humano por diferentes mecanismos: respiratório, circulatório, hormonal, muscular, ósseo, digestivo, imunológico, reprodutor, etc. Tenta-se empilhar as informações colhidas destes processos e organizá-las em órgãos e sistemas contidos num grande saco epidérmico. Olhar para esta estrutura disforme e imaginar que estamos diante de um ser humano é reduzir ao estritamente biológico o que, em realidade, é biopsicossocial e espiritual.

Aléxis Carrel, médico e fisiologista francês falecido em 1944, descreve em *O homem, este desconhecido*: “(...) o homem que os especialistas conhecem não é o homem concreto, o homem real. É apenas um esquema, ele próprio composto por esquemas construídos pelas técnicas de cada ciência” (23).

O ser humano, o grande “desconhecido” de Carrel, é, em verdade, muito complexo e os médicos reconhecem quase que unanimemente não haver enfermidade que se manifeste fora de

um temperamento pessoal, de vivências e experiências já vividas. E mesmo que se apresente com fisionomia semelhante no conjunto, seus traços particulares sempre mostram peculiaridades específicas de cada ser biográfico. O doente, na visão de Michel Foucault, sempre será a expressão da doença “com traços singulares, com sombra e relevo, modulações, matizes e profundidade, sendo que a tarefa do médico ao descrever a enfermidade será a de reconhecer esta realidade viva” (24).

Fundamental, portanto, será reconhecer a necessidade de introduzir mudanças no ensino para formar profissionais mais sensíveis e atentos aos novos horizontes que se apresentam à prática da medicina, pois é forçoso considerar que educar é muito mais que fazer escolas para oferecer certificação acadêmica. Educar não é simplesmente “*instruir*”, mas aperfeiçoar a formação do caráter de uma pessoa. Assim sendo, há que se perceber que, além de habilidades técnicas, as universidades devem “*formar*” médicos que respeitem valores éticos distintos daqueles que lhes são próprios – e isto não se consegue unicamente com lições sobre códigos deontológicos (25).

Ao subestimarmos valores socioantropológicos do ser humano enfermo e ao apreendê-lo como um conjunto de variáveis biológicas, induzimos jovens estudantes de medicina a se transformarem em meros cuidadores de doenças. Qualquer médico sabe, por experiência própria, que uma doença raramente é orgânica ou psíquica, social ou familiar. O profissional reconhece que a enfermidade é simultaneamente orgânica e psíquica, social e familiar.

Algumas diretrizes obrigatórias para a adequada formação médica são apontadas pela Comissão Institucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) de nosso país:

1. Adquirir habilidades e conhecimentos que lhes permita identificar os problemas básicos de saúde do indivíduo e da sociedade;
2. Ter flexibilidade profissional que lhes permita ser eficientes e considerar os valores, direitos e a realidade socioeconômica de seus pacientes;
3. Aprender métodos científicos e postura ética para tomar decisões adequadas que, expressas no trabalho clínico, sejam eficientes e respeitadas ao ser humano e seu ambiente;
4. Ter formação que lhes possibilite aprender fazendo e aprender a aprender, procurando ativamente construir seus próprios conhecimentos (26).

Bernard Lown, em obra já apontada anteriormente, nos propõe a inquietante questão: “(...) busca-se o médico com quem nos sentimos à vontade quando descrevemos nossas queixas, sem receio de sermos submetidos, por causa disso, a numerosos procedimentos; o médico para quem o paciente nunca é uma estatística (...) e, acima de tudo, que seja um semelhante, um ser humano cuja preocupação pelo paciente é avivada pela alegria de servir”(p. 349) .

É razoável pensar que só formaremos o médico entrevisto por Lown quando estivermos preparados para compreender o ensinamento de Maimônides, célebre médico do século XII, que

considerava imprescindível não esquecer que “o paciente é um semelhante, transido de dor e que jamais deve ser considerado como mero receptáculo de doenças” (27).

Vários são os relatos veiculados pela mídia acerca de maus-tratos a idosos, asilados ou internados com doenças crônico-degenerativas, abandonados às próprias sortes, o que os faz entregar-se ao desânimo, passando a viver inexorável decadência física e mental.

Médico e paciente são dominados pela sensação de fracasso. O médico, vencido pela falta de alternativas terapêuticas em casos de doenças incuráveis; o paciente, aterrorizado com o vulto da morte que se aproxima incontinentemente, assumindo atitudes de fuga ou negação. Decepção-se o médico, sobretudo aquele que valoriza excessivamente a busca da impossível cura, subestimando as ações de cuidar e confortar e orientando-se pela equivocada prerrogativa de que os pacientes submetidos a seus cuidados devem obedecê-lo sem impor quaisquer questionamentos sobre propostas diagnósticas e/ou terapêuticas, já que para tanto bastaria o reconhecimento de sua competência técnica.

Evidentemente, é frustrante para o médico não realizar um procedimento que julga benéfico para seu paciente. Esta, certamente, nunca será decisão passível de assimilação sem conflitos com a própria consciência profissional. Contudo, não reconhecer o direito de o enfermo recusar autonomamente uma proposta terapêutica ou diagnóstica é atitude inaceitável do ponto de vista ético. Como justificar moralmente a imposição de valores, mesmo que na

busca do maior benefício ao paciente, se o protagonista da ação terapêutica assim não o deseja? O enfermo, quando competente, tem o direito de exercer plenamente sua autonomia em tomar decisões sobre seu próprio corpo, mesmo ante propostas médicas baseadas em evidências científicas.

Os médicos são submetidos, com enorme frequência, a duras provas oriundas de diferentes percepções morais, o que não deve ser interpretado como impotência pessoal mas sim como limitações intrínsecas ao ato de cuidar da saúde de pessoas que têm o direito de discordar de suas propostas. No mesmo sentido, dois outros aspectos devem merecer nossa atenção: a medicalização da vida e a ocultação da morte. No Ocidente, ao mesmo tempo em que se imagina possível oferecer medicamentos para tratar todos os males físicos e mentais, a finitude da vida é encarada como prova de fracasso da medicina.

Com relação à medicalização da vida, é importante ter presente que pacientes com idade superior a 65 anos, nos EUA, embora representem apenas 13% da população, consomem mais de 1/3 dos gastos com medicamentos.

Lown denuncia em artigo veiculado por *The Lown Forum* situação moralmente questionável envolvendo divulgação de pesquisa com nova e potente droga antiagregante plaquetária veiculada como substituta ideal da tradicional aspirina para o tratamento de diferentes formas de insuficiência coronária, embora apresente custo proibitivo até mesmo para os padrões do consumidor norte-americano. Declara que “na

verdade a nova droga custará para cada paciente US\$1.000/ano, ao invés dos centavos necessários para a compra de aspirina”. Aduz, ainda, que a venda do mencionado medicamento já superara a impressionante cifra de US\$1 bilhão/ano. Se considerado que seu efeito antiagregante plaquetário é parcialmente bloqueado quando do uso concomitante de qualquer estatina, medicamento invariavelmente presente no receituário dos pacientes com hipercolesterolemia e aterosclerose coronariana, facilmente conclui-se que se deve acoller com muita parcimônia a desproporcional euforia apresentada pela empresa farmacêutica (28).

Com relação à formação profissional, parece útil considerar os dados descritos por Hill, que, decorridos mais de dez anos da publicação de sua pesquisa, ainda mostram-se atuais. Nesse trabalho, as conclusões expostas pretendem demonstrar que entre as causas do despreparo dos médicos para tratar de questões atinentes à morte e à terminalidade está a insuficiência de conteúdos programáticos sobre a temática oferecidos nas grades curriculares dos cursos médicos de graduação e pós-graduação. O estudo apresenta dados que demonstram que apenas cinco entre 126 escolas de medicina norte-americanas ofereciam ensinamentos sobre a morte e somente 26 de 7.048 programas de residência médica tratavam do tema como atividade obrigatória em algum momento da formação especializada (29).

Estudo realizado na Universidade de Londrina demonstra quão distantes estamos de capacitar, no campo da ética, os formandos em medicina.

Quando profissionais egressos da instituição foram indagados sobre temas de formação ética não incluídos no período de graduação do curso médico, as seguintes respostas foram apresentadas: 38,5% indicaram o tema ética propriamente dita; 33,8%, conhecimentos de ciências humanas; 29,4%, relação médico-paciente; 29,1%, questões relacionadas à morte e ao morrer. Essas constatações nos causam enorme perplexidade, especialmente porque cerca de 40% dos entrevistados manifestaram-se espontaneamente, afirmando não reconhecer nas aulas da tradicional disciplina de Medicina Legal e Deontologia momentos de reflexão adequados para a formação ética durante o curso médico (30).

Faz-se necessário, portanto, introduzir com maior determinação temas de bioética na grade curricular dos cursos médicos e ouvir, com atenção, a recomendação de André Hellegers, primeiro diretor do Instituto Kennedy de Bioética, que considerou que os problemas enfrentados pelos médicos no alvorecer do século XXI seriam, cada vez mais, de natureza ética e menos de ordem técnica.

A propósito, recorro citação de Edgar Morin: “A primeira finalidade do ensino foi formulada por Montaigne, ao considerar que mais vale uma cabeça bem feita do que uma bem cheia”. O significado de uma cabeça bem cheia, obviamente, é uma cabeça onde o saber é acumulado, empilhado e não dispõe de princípios de seleção e organização que lhes dê sentido. Contrariamente, uma cabeça bem feita significa que, em vez de acumular indiscriminadamente o saber, é mais importante dotá-lo de

condições que permitam aos graduados tomar as decisões profissionais adequadas (31).

Conclusão

A medicina atual vive um momento de busca do sensato equilíbrio na relação médico-paciente. A ética médica tradicional, concebida no modelo hipocrático, tem forte acento paternalista. Ao paciente cabe simplesmente 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 pacientes. Somente a partir da década de 60 os códigos de ética profissionais reconheceram o enfermo como agente autônomo.

À mesma época, a medicina passou a incorporar com grande rapidez um impressionante avanço tecnológico. Unidades de terapia intensiva 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.

Em contundente observação, na obra referida (p.286) Lown afirma: “As escolas de medicina e o estágio nos hospitais os preparam (os futuros médicos) para tornar-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 os enfermos terminais (...). A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer”.

O poder de intervenção do médico cresceu enormemente 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, a enfrentada pelos pacientes recuperados após infarto agudo do miocárdio e/ou enfermidades com graves distúrbios hemodinâmicos, resgatados plenamente saudáveis mediante engenhosos procedimentos terapêuticos.

Ocorre que nossas UTIs passaram a receber, também, pacientes portadores de doenças crônicas incuráveis com intercorrências clínicas as mais diversas, 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?

Despreparados para a questão, passamos a praticar uma medicina que subestima o confor-

to do enfermo 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 colheu informações de familiares e pacientes idosos gravemente enfermos e concluiu que 55% dos mesmos esteve consciente nos três dias que antecederam a morte, 40% sofreu dores insuportáveis, 80% fadiga extrema e 63%, extrema dificuldade para tolerar o sofrimento físico e emocional (32).

As evidências parecem demonstrar que esquecemos o antigo ensinamento 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 chamada obstinação terapêutica. Alguns, alegando ser a vida um bem sagrado, por nada se afastam da determinação de tudo fazer enquanto restar débil sopro de vida. Documento da Igreja Católica de maio de 1980, sobre a eutanásia, assim considera a questão: “É lícito renunciar a certas intervenções médicas inadequadas às situações reais do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou, ainda, porque demasiado gravosas para ele e sua família. Nessas 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(...)" (33).

Seu autor, o Papa João Paulo II, foi protagonista exemplar desta orientação quando, por vontade própria e contra sugestões médicas,

desconsiderou a possibilidade de ser internado na UTI do Hospital Gemelli, em Roma, e preferiu passar seus últimos momentos de vida recolhido em seus aposentos, ouvindo as preces de uma multidão de fiéis reunidos em longa vigília na Praça de São Pedro, na cidade do Vaticano.

RESUMEN

Reflexiones éticas sobre el cuidado en la terminalidad de la vida

La rutina impuesta a los médicos es la de reconocer y perseguir múltiples objetivos, que pueden ser complementarios o excluyentes. Curar la enfermedad, cuidar de la insuficiencia orgánica, restablecer la función, compensar la pérdida, aliviar los sufrimientos, confortar pacientes y familiares y acompañar, activa y serenamente, los últimos momentos de la vida del paciente no es tarea fácil y libre de frustraciones, puesto que nos obliga a considerar, caso a caso, el justo equilibrio en la toma de decisiones, evitando la obstinación terapéutica en circunstancia de terminalidad de la vida, reconociendo la finitud humana y las limitaciones de la ciencia médica sin dejar de proporcionar todos los beneficios ofrecidos por los avances del conocimiento científico. El presente artículo pretende ofrecer elementos de reflexión para orientar la búsqueda del sensato equilibrio en el uso de las actuales tecnologías biomédicas en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en fase terminal de vida.

Unitérminos: curar, terminalidad, finitud, vida

ABSTRACT

Ethical considerations about caring for terminal patients.

Doctors' routines include getting to know and pursuing multiple objectives, which can be exclusive or complementary. Curing the disease, tending to organic insufficiency, re-establishing vital functions, compensating losses, alleviating suffering, comforting patients and their families and being with the patient, actively and serenely, during the patient's last moments is no easy task devoid of frustrations. Doctors are made to consider, on a case-by-case basis, the fine balance underlying his or her decision-making, avoiding futile efforts in cases of life ending, acknowledging human finality and the limitations of medical science while, at the same time, providing all the benefits offered by advances in scientific knowledge. This article seeks to offer elements for reflection that could guide the correct use of modern bio-medical life support technologies when treating chronic, terminally-ill patients.

Uniterms: cure, terminality, finality, life, terminality

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tagore R. Pássaros perdidos. São Paulo: Paulinas, 1991.
2. Rosenblatt R. Lewis Thomas. The New York Time 1993 21 nov.; section 6:50.
3. Alves R. O médico. Campinas: Papyrus, 2003.
4. Hegel GF. São Paulo: Nova Cultura, 1999. Os Pensadores, 16.
5. Rilke RM. Cartas a una amiga veneciana. Madrid: Hiperión, 1993.
6. Flaschen JH. Escolhendo morte ou mamba na UTI. The Washington Post 1991.
7. Bíblia de Jerusalém. São Paulo: Paulinas, 1973.
8. Lown B. A arte perdida de curar. São Paulo: JSN Editora, 1997.
9. Cicerón MT. De senectude. Madrid: Editorial Triacastela, 2001.
10. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002: 58- 71.
11. Katz SJ, Welch WP, Verrilli D. The growth of physician services for the elderly in the United States and Canada 1987-1992. Med Care Res Rev 1997;54:301-320.
12. Lubitz J, Beebe J, Baker C. Lonevity and medicare expenditures. N Engl J Med 1995;332:999-1003.
13. Pocock SJ, Henderson RA, Richards AF. Meta-analysis of randomized trials comparing coronary angioplasty with bypass surgery. Lancet 1995;346:1184-1189.
14. Gracia D. Ética de los confines de la vida. Bogotá: El Buho, 1998.
15. Kübler-Ross E, Kessler D. Os segredos da vida. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.
16. Bourg D. O homem artifício. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.
17. Siqueira JE. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. Bioética 2000;8(1):55-67.
18. Entralgo PL. Ciência, técnica y medicina. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

19. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez, 2000.
20. Troncon LE, Cianflone AR, Martin CC. Conteúdos humanísticos na formação geral do médico. In: Marcondes E, Gonçalves EL. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998.
21. Descartes R. Discurso del método. México: Parrúa, 1984.
22. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: the report for the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York: Carnegie Foundation, 1970.
23. Carrel A. O homem, este desconhecido. Porto: Editora Educação Nacional, 1938.
24. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
25. Siqueira JE. Universidade: uma ponte para o futuro. In: Almeida M. A universidade possível. Londrina: Eduel, 2001:
26. Batista HA, Silva SHS. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.
27. Entralgo PL. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza Editorial, 1983.
28. Lown B. A crise das drogas III: corrupção da ciência. Diagn Tratamento 2004;9(4):154-161.
29. Hill TP. Treating the dying patient: the challenge for medical education. Arch Intern Med 1995;155:1265-9.
30. Siqueira JE, Sakai MH, Eisele RL. O ensino da ética no curso de medicina: a experiência da Universidade Estadual de Londrina. Bioética 2002;10(1):85-95.
31. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
32. Lynn J. Study to understand prognosis and preferences for outcomes and risk of treatment (Support). Ann Intern Med 1997;126:97-106.
33. Pessini L Barchifontaine CP. Problemas atuais em bioética. 2ª ed. São Paulo: Loyola, 1994.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Souza Naves, 1.456
Londrina/PR – Brasil
CEP 86010-170