

ARTIGOS

Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida

Maria Teresa de Moraes e Souza
Lino Lemonica

O desenvolvimento científico dos últimos dois séculos, bem como a modificação da composição humana das sociedades, em que a população idosa é maioria, trazem à luz das discussões da saúde dilemas polêmicos, até então pouco abordados pela classe médica. Com isso, os profissionais vêm-se frente a situações difíceis, a serem resolvidas na prática clínica diária. Para que isto seja realizado de forma ótima, há influência de diversos fatores: formação profissional, conceitos morais individuais, experiências de vida e, principalmente, informação e preparo do indivíduo para estas decisões. No presente trabalho, foi realizada uma revisão da literatura internacional dos últimos 10 anos e analisadas as principais abordagens aos dilemas éticos mais freqüentes. Conclui que o médico, tomando como referencial os princípios da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, e o antigo princípio da Prudência (*Phronesis*), deve preparar-se para receber os desafios éticos, conhecendo as diversas abordagens existentes, as leis do ambiente em que atua e, primeiramente, a si mesmo, compondo, em harmonia com o paciente, atitudes benéficas e adequadas à ideal assistência em todas as fases do cuidado, especialmente ao paciente terminal.

Unitermos: bioética, paciente terminal

INTRODUÇÃO

A ciência se desenvolve a partir dos obstáculos que lhe são impostos. A cada vida que se perde, a cada pessoa que sofre, a ciência se incomoda em prover melhores condições de assistência.

A Medicina surgiu como sacerdócio e só muito tempo depois assumiu enfoque científico. A despeito disso, sempre envolveu o profissional numa atmosfera diferente, cercada de mitos, anseios e insatisfações. Já na Idade da Pedra, quando a atenção médica simplesmente se restringia a limpar e cobrir ferimentos, existia a noção de doença e a ela era atribuído um caráter sobrenatural. Fazia-se necessário um indivíduo dotado de “poder” para combater esses esta-



Maria Teresa de Moraes e Souza
Médica residente de Neurologia
Clínica do Departamento de
Neurologia da Faculdade de
Medicina de Botucatu/UNESP



Lino Lemonica
Professor assistente doutor do
Departamento de Anestesiologia da
Faculdade de Medicina de
Botucatu/UNESP

dos. Nas sociedades primitivas, entre os aborígenes da América do Norte, existia o xamã: mistura de curandeiro, ator e curioso. Esse personagem curava estabelecendo “barganhas” entre seu poder e os espíritos que perturbavam o enfermo. Administrava poções, cuidava de ferimentos e era aceito ou não por seu poder de convencimento. Na Grécia antiga, a medicina mágica passou a ser encarada como ciência e foi então que se definiu o médico como estudioso e, antes, observador. Hipócrates, a partir de suas observações, compôs um estudo coerente de sinais e sintomas que são utilizados até os nossos dias no exercício da clínica. Além disso, foi quem propôs o primeiro “código de ética profissional”, o Juramento de Hipócrates, que abordava questões sobre o comportamento ideal do médico na relação com o paciente. Neste documento, o médico era encarado como um eleito, capaz de exercer a divina tarefa de curar e que deveria promover o bem do paciente, muitas vezes em detrimento do seu próprio. Era-lhe exigido que zelasse por esta arte e a transmitisse a quem a merecesse. A despeito da repercussão do Juramento sobreveio a Idade Média, que encerrou a ciência num abismo de misticismo e de absurdos perpetrados pela Santa Inquisição. O doente passou a ser visto como um escolhido de Deus, que passava por uma “provação” e merecia piedade. O médico, embora dispondo de restrito arsenal clínico-cirúrgico, autodeterminava sua conduta de assistência conforme o poder aquisitivo das pessoas. As famílias ricas mantinham um médico para si, garantindo acesso ao cuidado, enquanto que os indigentes (conceito que vigorou em nossa realidade até os anos 70) eram tratados em instituições de caridade, por padres e freiras

católicos. Com o Renascimento, os valores da cultura grega tornaram-se à voga, inclusive começou a se questionar o paternalismo médico. O homem voltou a ser importante, central, dotado de valores e desejos. A figura do cientista, do estudioso da anatomia, da fisiologia, veio derrubando tabus centenários e implementou substancialmente o saber médico.

A partir de então, a Medicina vem avançando a passos largos, em todos os campos: diagnóstico, tratamento, prevenção, cuidado. E da preocupação com o tratamento das vidas humanas e da necessidade de uma padronização de condutas voltadas ao bem-estar do paciente, sem o ranço do subjetivo (1), nasceu a bioética. Ela, como ciência que é, assume a cada dia maior importância, para acompanhar os avanços das ciências da saúde. Exige-se, portanto, que o profissional esteja familiarizado com o cabedal da ética médica e da bioética e com o seu manejo para agir de forma coerente e embasada. Neste ensaio, propomo-nos a estudar, a partir do paradigma principialista da bioética, abordagens para a promoção da assistência médica holística e respeitosa ao paciente terminal, como cidadão capaz e autônomo, nos últimos dias de sua vida, como médicos do terceiro milênio: cheios de recursos e com humanismo suficiente para o entendimento das situações clínicas.

O paradigma principialista na aplicação da bioética (2)

A bioética principialista surgiu da preocupação pública em estabelecer um controle social

ARTIGOS

sobre a pesquisa com seres humanos. Nos Estados Unidos da América (EUA), em 1963, no Hospital Israelita de Doenças Crônicas, localizado em Nova Iorque (NY), células cancerosas vivas foram injetadas em pacientes idosos. No período de 1950 a 1970, no Hospital Willowbrook, também em NY, vírus da hepatite foram injetados em crianças defeituosas. E, num estudo que durou de 1930 a 1972 (estudo Tuskegee), 400 negros sífilíticos foram deixados sem tratamento, mesmo após o surgimento de medicação específica. Estes três acontecimentos sensibilizaram a opinião pública e levaram o governo dos EUA a formar uma comissão (*Commission for the Protection of Human Subject of Biomedical and Behavioral Research*) para promover um estudo completo e identificar os princípios éticos básicos para a experimentação com seres humanos.

Tiveram início, então, as discussões para o Relatório Belmont, concluído em quatro anos e publicado em 1978 – o qual, contendo três princípios básicos - autonomia, beneficência e justiça -, propiciou a operacionalização do raciocínio moral, suplantando antigos códigos.

Persistia, porém, a necessidade de se criar uma abordagem ética para ser utilizada na prática clínico-assistencial. Assim, baseada na obra de David Ross, *The right and the good*, de 1930, surgiu em 1979 a publicação *Principles of biomedical ethics*, de Beauchamp e Childress. Definia quatro princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Esta obra fundamentou a bioética principialista, colo-

cando os princípios como obrigatórios e equânimes, no mesmo nível.

A bioética principialista propiciou um esquema claro para a ética normativa, estando num meio-termo entre a metaética e a ética metafísica. Tendo como instrumentos os princípios, vinculava o agente, o contexto da ação, a natureza da ação e o resultado previsível.

Tanto o Relatório Belmont quanto a obra de Beauchamps e Childress foram criados numa realidade diferente da nossa. A sociedade americana, de alto poder aquisitivo, difere substancialmente de nosso dia-a-dia, em que as desigualdades sociais propiciam meios nada éticos de atuação na saúde, ou, pelo menos, não justos. Assim sendo, podemos entender o principialismo sem nos tornarmos radicais, mas ponderando suas limitações. É uma das diversas abordagens existentes para a interpretação moral que auxiliam o indivíduo diante de dilemas. Uma interpretação de princípios fundamentais da assistência: fazer o bem e não causar o mal, respeitando as deliberações das pessoas, de modo justo.

Dilemas bioéticos na assistência ao paciente terminal: contribuições da literatura mundial, apontamentos e destaques

O avanço tecnológico, bem como a elevação na esperança de vida média que vem acontecendo no mundo, trazem à Medicina moderna dilemas éticos inteiramente desconhecidos (3). O Projeto Genoma Humano, as novas discus-

sões sobre o aborto, o diagnóstico de doenças na vida intra-uterina, o suicídio assistido, entre outros, assumem novas abordagens à medida que avançam a farmacologia e as metodologias.

É vasta a literatura referente aos dilemas éticos no tratamento do paciente terminal. Nos últimos dez anos, foram indexados no banco de dados Medline 152 artigos pertinentes aos mais diversos acontecimentos, dos quais 79 foram levantados e escolhidos como referencial para a discussão do presente trabalho.

Em um estudo publicado recentemente (4), um grupo da Universidade Nacional de Taiwan avaliou a frequência de dilemas éticos que o corpo clínico enfrentou no decurso de um ano, quanto ao tratamento de pacientes da Unidade de Cuidados Paliativos (todos os 245 pacientes internados durante os anos de 1997/98). Do total de dificuldades, 33% se referiram a *local de tratamento* (em que a grande maioria dos pacientes era portadora de tumores de cabeça e pescoço); 32,1%, a *revelar toda a verdade* (principalmente em indivíduos com mais de 65 anos); 25,2%, a *hidratação e nutrição*; 24,8%, a *estratégias terapêuticas* (principalmente transfusão em menores de 18 anos); e 19,1%, a *uso de medicações*. O grupo concluiu que a solução destes dilemas requer uma revisão da importância da comunicação com o paciente e um melhor treinamento ético aos profissionais de saúde, para tomar resoluções delicadas. Os fatores que as influenciam nem sempre se restringem ao que delibera o Código de Ética Médica. Um estudo internacional (5) revelou

que não apenas o aprendizado formal influencia nas decisões éticas dos médicos, mas também suas crenças, valores pessoais e acontecimentos pregressos. Neste estudo foi proposto um caso clínico a médicos de diversos países que atuam na área de cuidados paliativos e que escolheram uma conduta frente a um caso proposto. Uma porção significativa (49,6%) prestaria cuidado terapêutico limitado e de suporte ao paciente, sendo o principal fator decisivo o nível de demência que o paciente apresentava.

Citemos outros fatores identificados neste trabalho, e outras referências, que atuaram como variáveis independentes preditivas do tratamento: o país de residência (latino ou não), os anos de experiência prática do médico, os aspectos legais, a idade e nível de consciência do paciente, a religião (6), as virtudes pessoais (7).

Barroso *et cols.* (8) estudaram 153 médicos de 22 a 77 anos, escolhidos randomicamente, para analisar como os acontecimentos pregressos da vida influenciavam numa decisão sob pressão, de reanimar ou não um paciente idoso, quando não havia tempo para considerações éticas elaboradas. Concluíram que os médicos, como parte da sociedade, não são imunes às influências externas.

Um outro estudo nesta área (9) comparou as condutas de médicos japoneses (n=136) e nipo-americanos (n=77) frente a um caso proposto de um paciente idoso, com câncer metastático terminal, não informado de seu diagnóstico nem de seu prognóstico. Os médi-

ARTIGOS

cos japoneses tomaram condutas agressivas para a manutenção do paciente (74% propuseram transfusão sangüínea devido à hemorragia digestiva; 67%, nutrição parenteral total e 61%, uso de drogas vasopressoras). Os nipo-americanos foram menos intervencionistas (42%, propuseram transfusão; 33%, nutrição parenteral total e 34%, vasopressores). A segunda parte do trabalho solicitava que os médicos japoneses se colocassem no lugar do paciente e indicassem as condutas que aplicariam para si mesmos. A taxa de intervencionismo caiu barbaramente: 29% dos japoneses manteriam a transfusão; 36%, nutrição parenteral total e apenas 25%, a aplicação de drogas vasopressoras.

A partir destes estudos, podemos notar que os médicos tomam decisões embasadas eticamente, mas há o viés dos acontecimentos pregressos e de sua história de vida (10); também temem a doença e suas implicações no convívio social, a despeito de todo o saber biológico adquirido. Vemos, ainda, que a condição secular, aqui empregada no sentido da qualidade da relação com o mundo proporcionada ao paciente em pós- tratamento, é fator limitante à introdução de terapias de manutenção. Assim, o médico tem, além de um dever moral no cuidado, um dever social na condição de sobrevida que proporcionará a seu paciente.

O “final da vida”, chamado na imprensa internacional de *end-of-life*, é um dos temas mais freqüentes da literatura bioética. A diversidade de leis entre países, decisões extraordinárias e mesmo a prática clínica buscam consensos

para decisões difíceis, haja vista a própria peculiaridade de cada paciente, sua capacidade de absorver informações e deliberar sobre si (11), além da informação da família sobre o doente e a doença (12). Slomka (13) refere-se ao processo da morte como uma negociação: barganha entre as ofertas da medicina moderna e as interpretações da família e do paciente. Em Israel, Carmel (14) analisou opiniões, atitudes e iniciativas de 25 médicos frente à introdução de tratamento de suporte num hospital universitário. Concluiu que a vida não deve ser prolongada artificialmente em todos os casos, mas se devem procurar saídas levando em conta a ética, a lei e o respeito à religião, primando pela boa relação médico-paciente. Finucane (15) defende que, na tomada de decisões para o fim da vida, a autonomia é soberana embora, freqüentemente, o médico tome decisões baseado em sua própria competência; defende o uso de diretivas avançadas (certo modelo de condutas de cada serviço) e que, onde isto não exista, a família deverá servir como guia. Outros autores que defendem o uso de diretivas avançadas são Silverman (16), Schears (17) e Jeffery (18).

Um exemplo de autonomia pode ser visto no artigo de Pommer (19): um cidadão americano, de 43 anos, cientista de *softwares*, portador de carcinoma cerebral inoperável, acionou a Justiça para obter o direito de ser congelado ainda vivo para ser tratado futuramente. A Corte concluiu que não se deve encorajar o suicídio alheio, além de que a infusão da substância criogênica, insuficientemente testada, envolveria os médicos em homicídio doloso.

Para evitar longos processos e desgastes, Meisel (20) sugere que todo médico conheça as leis do estado em que atua.

Fratianne *et cols.* (21) relatam a experiência em prolongar tratamentos em uma unidade de queimados e a responsabilidade de quem toma a decisão. No serviço, para uma decisão deste porte, toda a equipe se reúne em conferência e, com base no estado clínico e no prognóstico, propõe uma decisão em consenso. Tal decisão é apresentada ao paciente (quando em condições para tal) ou à família. Quando a decisão é acatada, família e paciente experimentam uma sensação de paz e calma. A equipe se sente aliviada pela responsabilidade da morte do paciente, principalmente quando sua situação piora rapidamente.

Assim, a autonomia é soberana na determinação do final da vida. Todavia, deve haver uma posição clara da equipe (22), uma boa relação médico-paciente e o conhecimento do que é ético e legal.

Um outro dilema é a nutrição e hidratação em pacientes terminais. A própria história natural das doenças leva os pacientes à anorexia/caquexia ou à desidratação. Estas são fontes de angústia para os familiares. Rosin e Sonnenblick (23) defendem a administração de nutrição enteral ou parenteral sem causar dano ao paciente, como parte do cuidado básico que os médicos não devem suspender. Craig (24) diz que a oferta de líquidos e nutrição alivia a tensão familiar e satisfaz a sede do paciente. Outros autores são contrários à

nutrição e hidratação artificiais: argumentam que isto pode medicalizar o processo de morte (25). Outros, ainda, defendem a análise de cada caso em particular (26, 27, 28), baseados em riscos e benefícios, no peso do tratamento, nas leis estaduais, na relação médico-paciente, na opinião da família; podendo usar alternativas como oferecer as comidas favoritas e tratar a depressão subjacente (29, 30, 31, 32).

Quando o indivíduo em estado terminal sofre uma parada cardiorrespiratória, impõe-se outro dilema: reanimar ou não. Pela ótica judaica, num artigo de Rosin (23), esta atitude é discutível, haja vista que apenas 10% dos pacientes sobrevivem e raramente discutem o assunto enquanto aptos. Todavia, há intensa discussão com os familiares e a decisão deve basear-se em considerações clínicas e prognósticas. A mudança da abordagem médica paternalista para a autonomia do paciente gerou implicações na decisão de reanimação. Teres (33), em revisão da literatura clínica, filosófica e de políticas públicas, propôs, entre outros princípios: 1. Reanimação cardiopulmonar (RCP) em todos os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a não ser naqueles que estejam em condições terminais irreversíveis ou para os que haja ordem escrita; 2. Não reanimar exige informação dada pelo paciente ou familiares; 3. Não reanimar é o primeiro passo na decisão para o final da vida. Quando existem indicações clínicas claras (34) de que o indivíduo não se beneficiaria com a RCP, não há requerimentos legais ou éticos para adotá-la como opção terapêutica.

ARTIGOS

O que fazer, então, com relação ao paciente terminal que, em mau estado, está sofrendo? Há a opção de internação em UTI. Frezza (35), no período de 1/1/91 a 31/12/96, revisou características na admissão à UTI com base na idade e gênero: encontrou maior frequência entre os maiores de 60 anos (60%), do sexo masculino (53,1%), com uma permanência média de 22 dias de internação. Vicent (36) aplicou um questionário a 590 membros da Sociedade Européia de Cuidado Intensivo, definindo como fatores limitantes para admissão à UTI o número de leitos e a pouca esperança de vida média dos pacientes. A UTI seria reservada a doenças clínicas agudas, não sendo indicada para o tratamento de doença na fase terminal (recitado de 35). Nos hospitais chamados hospices, onde há internação humanizada (37), critérios diferentes são adotados. No Medicare Hospice Benefit (38), referência em cuidado terminal nos EUA, são admitidos pacientes com prognóstico menor que seis meses; os clínicos devem prover completa informação de diagnóstico e prognóstico ao paciente, que deve assinar um termo de consentimento informado. É uma forma de abordagem em que há administração das necessidades físicas e espaciais do paciente, aliada ao cuidado paliativo.

O cuidado paliativo também é assunto largamente discutido na literatura internacional, principalmente quando se refere ao tratamento da dor (39). O manejo da dor é problema social (40) pois se refere ao uso de drogas, ao julgamento da dor alheia e ao nível de ignorância alarmante sobre este tema entre os pro-

fissionais de saúde, resultando em sofrimento para o paciente e seus cuidadores. Para tratar a dor, o profissional deve distinguir dor e sofrimento, dor crônica e aguda, o princípio do duplo-efeito (41) e aspectos sensoriais e emocionais. Religião, ética, autonomia do paciente e justiça podem servir como princípios-guia neste cuidado (42, 43, 44, 45). Rousseau (46) e Roushton (47) defendem o alívio da dor como objetivo médico e, em casos intratáveis, a sedação, que fornece uma alternativa humana para o sofrimento consciente e contínuo do paciente e da família. Wein (48) argumenta que o paciente terminal desenvolve sintomas intratáveis (dor, delírio, dispnéia, agitação, agonia existencial e psicológica) e defende a sedação como necessidade, devendo ser praticada por clínicos hábeis, baseada no princípio do duplo efeito: sob tal abordagem, o advento da morte do indivíduo frente a uma sobredose de sedativos distinguir-se-ia de suicídio assistido, pois a intenção seria diminuir a dor (beneficência) e não promover a morte (maleficência). Em pacientes tratados em casa, o manejo da dor torna-se uma séria dificuldade (49,50): os familiares não sabem ajustar as doses de medicação, ficam inseguros e sofrem vendo a dor de seus entes queridos. Ferrell (51) analisou tais eventos e propôs que os médicos devem ajudar a estes cuidadores (*care givers*), esclarecendo-lhes as dúvidas e aliviando-lhes as angústias. A qualidade da relação médico-paciente, principalmente com o aproximar-se da morte, determina amplamente a tomada de decisões coerentes e apropriadas, principalmente no cuidado paliativo (52).

Como tratamento ao indivíduo em estado terminal, são ainda discutidas duas alternativas: a eutanásia e o suicídio, assistido ou não. A abordagem de tais temas é freqüente, principalmente quando se refere ao suicídio assistido e às modalidades de negação e retirada de tratamento (*witthold* e *withdraw*, respectivamente (53). Faber e Langendoen (54), em estudo multicêntrico, observaram que na decisão em abandonar o tratamento poucos pacientes têm possibilidade física de participar: ocorre em um modelo seqüencial, em alguns dias, e a decisão dos cuidadores e da equipe nunca é eticamente óbvia. Slomka (recitação de 13) discute a responsabilidade moral pela morte do paciente quando se retira (*withdrawing*) ou se nega (*withholding*) o tratamento: retirar/suspender o tratamento é uma decisão moral compartilhada com a família, enquanto a negação/não-aceitação do tratamento desloca a responsabilidade moral pela morte para o próprio paciente. Diz ainda que ao indivíduo em condições terminais é oferecida uma ilusão de escolha que cria uma “morte negociada” (vide citação anterior deste autor). Haghbin (55) propôs um questionário a 389 médicos sobre o suicídio assistido: 34% já haviam recebido ao menos um pedido de injeção letal, sendo, destes, 9% vindos de indivíduos com AIDS e 41% de indivíduos com câncer terminal. Conclui que o nível de depressão que atinge estes pacientes, levando-os a solicitar o suicídio assistido, é subestimado pelos médicos. São abordadas considerações sobre a relação de maior risco de suicídio e doenças terminais (56,57) - AIDS, câncer, esclerose em placas. Kleespies (58) argumenta que a depressão

aumenta conforme a gravidade do estado e tende a ser subtratada. Defende o “suicídio racional” baseado no princípio do duplo efeito. A Associação Americana de Medicina (AMA) é terminantemente contrária ao suicídio assistido (59). Defende que os médicos não devem ajudar a morrer, mas confortar e cuidar. Argumenta sobre a posição histórica do médico como *advogado da saúde* e que o paciente deve receber o melhor tratamento em todas as fases da vida, inclusive no final. Quando o médico não conseguir tratar/curar, ao menos deve reconhecer esta limitação e promover o alívio do sofrimento e uma morte digna ao paciente. Nys (60) defende que esta autonomia profissional no tratamento do doente terminal deve ser baseada na alta qualidade da relação médico-paciente, sendo antes confidencial à contratual. Um exercício profissional, não um negócio (61). Quanto à eutanásia, um estudo chileno realizado em 1995 (62) diz que a mesma é incompatível com os princípios éticos que inspiram classicamente as ações médicas. Um estudo finlandês, de 2000 (63), avalia atitudes do paciente, família e profissionais de saúde em dois hospitais centrais e quatro centros de saúde frente à eutanásia. Revela que 50% dos participantes poderiam justificar eticamente a eutanásia, sendo a maioria enfermeiras e familiares, baseando-se na presença de sofrimento e dor ou desejo de morrer por parte do próprio paciente. Os que não justificaram a eutanásia (na maioria, médicos) basearam-se na afirmação de que um homem não pode tirar a vida de outro. Abusos potenciais, incertezas sobre a finalidade da situação e possibilidade de aliviar a dor são

ARTIGOS

fatores preditivos desta postura. Defendem a eutanásia o Conselho Nacional Português de Ética (64) e Borthwick (65), entre outros.

Após tantas opiniões sobre o que fazer ao paciente terminal, não devemos esquecer a atitude de não abandonar o paciente em uma hora tão difícil. Não abandonar, na opinião de Quill e Lo (66), é uma obrigação ética central que reflete compromisso com o cuidado e com as decisões conjuntas. A profundidade deste compromisso varia quanto aos valores do médico e do paciente, suas personalidades, experiências e as circunstâncias clínicas. Defende, ainda, que há muita diferença entre um futuro incerto sozinho ou na companhia de parceiros que não recuam frente a decisões penosas e condutas obscuras. Num estudo de cuidado a pacientes com doença de Alzheimer (67), o autor defende que não abandonar o paciente é um desafio ético, que deve ser sanado pela atuação conjunta de profissionais e familiares nos cuidados e decisões.

Tendo em conta a condição dos estudantes de Medicina, que em poucos anos devem manejar a responsabilidade pelo cuidado dos mais diversos pacientes, patologias e estados clínicos, como também comunicar-se de forma pertinente com o paciente e sua família (68, 69), questionamos o papel da universidade em prover bases de ação frente a dilemas éticos. A literatura internacional identifica aspectos existentes ou deficientes no currículo referentes a tais situações. Um estudo com 214 residentes durante os três anos de especialização

em Pediatria foi realizado para averiguar sua segurança em resolver problemas éticos e implementar o currículo (70). Verificou-se que o treinamento ético recebido é inadequado, baseado em experiências relatadas pelos próprios participantes. Hayes (71) realizou um estudo com 46 estudantes de Medicina que, no início do primeiro e no final do terceiro ano de treinamento clínico, foram avaliados quanto às mudanças de atitude frente a decisões no paciente terminal. Foi utilizado um programa-piloto de treinamento em ética médica. No final do estudo, a maioria dos estudantes participantes havia baseado suas decisões na autonomia do paciente, respeitando responsabilidades legais e tendo como base a qualidade de vida. Conclui que o currículo ético deve focalizar o alívio dos sintomas e esclarecer leis sobre assuntos como suicídio assistido, enfatizando os residentes como “mentores”.

Barnard (72) identificou pontos já existentes no currículo que são subutilizados no treinamento ético e levanta habilidades básicas para o cuidado ao paciente terminal: domínio psicológico, sociológico, espiritual e cultural das bases do processo de morte; habilidades de comunicação e entrevista; manejo de sintomas comuns; cabedal ético; autoconhecimento e auto-reflexão.

Belani (73) defende o ensino de técnicas de suporte à vida, no paciente com câncer, como tão importantes quanto fisiologia/patogenia. Sahler (74) propôs um estudo formando uma comissão de experts para identificar princípios

que todos os médicos deveriam saber: 1. a comunicação cognitiva e desenvolvida é mais efetiva; 2. partilhar informações com o paciente ajuda a evitar sentimentos de isolamento e abandono; 3. as necessidades do paciente são atendidas quando a autodeterminação é central no processo de decisão; 4. minimizar o aspecto emocional e sensorial da dor requer pronto reconhecimento destes estados, cuidadosa avaliação e tratamento compreensivo; 5. desenvolver parcerias com familiares ajuda-os a persistirem em seus esforços de cuidadores; 6. desafios pessoais e profissionais frente ao cuidado terminal devem ser discutidos interdisciplinarmente. Diz que ensinar tais pontos não requer um currículo diferente, mas sim um melhor aproveitamento das oportunidades proporcionadas pelo cuidado ao paciente terminal.

Branday (75) discute o ensino de componentes humanísticos na Medicina e diz que o indivíduo é melhor formado baseando-se no exemplo adequado de atitudes desenvolvidas por professores que, emocionalmente, já aceitaram a existência da morte.

Rhodes (76) fornece um panorama para ajudar os residentes a entenderem sua obrigação moral como médicos: devem trabalhar em equipe, usando o conhecimento científico. Tal postura requer confiança no método científico, cooperação interdisciplinar, foco na beneficência ao paciente, competência profissional e respeito aos colegas. Defende que o médico deve se moldar para ter conhecimento e habilidade profissional, respeitando e compreendendo os acontecimentos humanos.

Com base no exposto acima, recolhido na literatura internacional nos últimos 10 anos, passaremos a explicar nossa conclusão.

Conclusão

Praticar o “bem” é um conceito subjetivo, que sempre existiu na moral das sociedades humanas, nos antigos tempos, na norma hipocrática, passando pelas diversas abordagens da ética. O grande impasse é como promover este “bem”.

Augusto Comte, filósofo positivista, postula que o homem é naturalmente bom, mas a sociedade e o meio o corrompem para o mal. Thomas Hobbes diz que o homem é um ser egoísta e que age para proteger-se a si e a seus interesses.

Como incipiente estudante, após várias considerações, vejo que muitos esforços têm sido aplicados para que o ser humano, principalmente o que assiste aos outros, aja de forma benevolente, promovendo o bem-estar.

Nas profissões da saúde, o conceito da beneficência é muito relativo, principalmente quando aplicado à nossa realidade. O Brasil vive uma política neoliberal em que as áreas básicas de assistência (saúde e educação) são colocadas em segundo plano. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem princípios coerentes (ex.: equidade e universalidade), mas a política social do governo inviabiliza sua adoção de modo ideal. O SUS garantiria a toda a popu-

ARTIGOS

lação o acesso integral e equânime à saúde, repudiando modelos filantrópicos e promovendo um sistema funcionante de referência e contra-referência para o manejo da rede como um todo. Infelizmente, ocorre que muitos pacientes morrem por falta de acesso ao cuidado. Mesmo nestas condições, entendo como dever do médico fazer o que está ao seu alcance da melhor forma possível, sem perder a capacidade de se indignar com as situações adversas ou acomodar-se nas fartas mamas do sistema vigente de preguiça e omissão.

O paciente terminal, rico, pobre, independente de sua situação social, merece do médico toda a benevolência e todo o respeito, uma vez que se encontra frágil, perante o grande mistério da morte. Auxiliá-lo nesta fase implica em diversos dilemas éticos. Para abordá-los, devemos considerar, em qualquer paciente, a sua autonomia, que só pode ser plenamente exercida se o médico atuar com três ferramentas fortes: beneficência, não-maleficência e justiça (77).

O paciente é um cidadão autônomo, portador de direitos que devem ser respeitados e deveres que devem ser cumpridos. Como senhor de seu corpo e da moléstia que o aflige, deve ser, também, senhor da decisão quanto ao que melhor lhe convier.

O médico, igualmente cidadão, deve atuar em conjunto com o paciente (78), orientando sem coagir, mostrando-lhe os benefícios e desvantagens de cada tratamento, de forma inteligível a seu entendimento, e humana. Tal conduta é um sinal de honestidade que toda relação

humana merece, seja de amor, amizade ou tratamento.

Baseado no princípio da não-maleficência, tenho opinião contrária à realização da eutanásia. É evidente que muitos pacientes não têm acesso ao cuidado e vêm a falecer de forma brutal, precoce e miserável. É a *mistanásia*, ou *eutanásia social*. Tal fato é injustificável e os representantes governamentais deveriam sentir-se pessoalmente indignados a cada vez que vissem uma pessoa morrer por falta de assistência, em pleno terceiro milênio, depois de tantos homens de valor terem pesquisado e encontrado soluções simples para situações fatais. Deve-se abordar o drama que envolve um paciente terminal, em agonia, manifestando sintomas intratáveis. Como citado em referência anterior (34), acredito que o médico atue como *advogado da saúde*, e por ela deva imprimir todo o seu esforço. Uma vez encerrado o cuidado efetivo para demolir a causa do sofrimento, levando-se em consideração a decisão do paciente e a ótica da beneficência, deve-se promover o alívio dos sintomas, sanando a dor, confortando. Para tanto, é preciso que estejamos inteirados continuamente dos avanços terapêuticos na medicina antálgica e, se não tratando pessoalmente, ao menos referindo os pacientes a colegas aptos a lhe proporcionarem o adequado alívio e conforto.

Quanto à questão da alimentação e nutrição artificiais, considero a omissão de tais cuidados como uma forma de promover a morte. Todavia, se o paciente em condições de exercer sua autonomia assim o deliberar, após esclare-

cer-lhe pontos de vista e o que tal comportamento pode empreender ao seu estado, considero a melhor forma de cuidado respeitar a sua autonomia, desde que haja um termo de consentimento livre e esclarecido. Nos casos em que o paciente encontre-se em prejuízo cognitivo e não tenha as condições necessárias para exercer sua autonomia (recitação de 79), é interessante a conduta proposta por Fratiante (recitação de 21): conferenciar com a equipe, promover um consenso, apresentá-lo à família e aplicá-lo ou não, segundo sua deliberação.

Quanto à sedação, é consideravelmente aplicável, baseada no princípio do duplo efeito: sedar com a intenção de tratar, não de promover a morte.

Com respeito à reanimação cardiopulmonar, uma iniciativa particular, deve ser adequadamente analisada. Como afirma a literatura citada: em muitos casos, tal conduta não traria benefícios ao paciente. Assim sendo, respeitando a autonomia e a beneficência, após uma conversa franca, porém delicada com o paciente e/ou sua família, é importante esclarecer a equipe para que atue de forma coordenada e coerente, estabelecendo, em conjunto, uma decisão.

Com respeito à postura da universidade e do aluno na aquisição de conhecimentos éticos que lhe proporcionem bases para futuras decisões, ambas mostram-se deficientes. A universidade é pouco preocupada com a formação humana de seus alunos, primando pela formação técnica. Atualmente, algumas remode-

lações curriculares têm tentado diluir tal deficiência, prestando serviços de apoio psicológico ao estudante, além de aulas de História da Medicina e Ética Médica. Os alunos, por sua vez, assumem posturas passivas quanto ao seu aprendizado humano, importando-se pouco, estudando pouco e encarando como enfadonha a existência de tais matérias curriculares. É claro que toda generalização é um exagero, haja vista que iniciativas louváveis brotam deste mesmo meio: as ligas de extensão universitária, a promoção de debates e fóruns de discussão da formação médico-acadêmica.

O assunto *autonomia do paciente x autonomia do médico no tratamento do paciente terminal* é vastíssimo e plural, permitindo a quem o aborda uma oportunidade de autoconhecimento e de interação com as várias formas de agir que cada sociedade, dentro do que lhe é peculiar, adota (79, 80). Sente-se despertar em si o desejo de atuar de forma atenta, humanamente. Chama à plena formação de médicos que atendam sem tolher os princípios morais fundamentais.

Frente a tantos deveres, poder-se-ia argumentar que esta conclusão é mais um código vazio, inaplicável a situações específicas ou, antes, petulante. Discordo de tal proposição com base num antiquíssimo conceito: a prudência (*phronesis*). É a virtude que facilita a escolha dos meios certos para um bom resultado, buscando o que é bom pela recusa do que é mal: uma postura previamente adotada de *pensar* antes de *agir*. Portanto, mesmo quando aplicado à difícil realidade brasileira,

ARTIGOS

em que as atitudes governamentais colocam a saúde em segundo plano, ou quando tomado por um estudante de Medicina, o antigo conceito da prudência é efetivo: leva-nos a querer conhecer o que se pensa sobre os assuntos da saúde e formarmos uma opinião, preparando-nos para as situações que eventualmente aparecerão e requererão embasamento ético. Se tivermos em nosso caráter a visão do paciente como um ser humano, semelhante a nós, em

situação de perigo a qual podemos prestar socorro, o instinto primeiro da natureza - e por conseguinte o nosso também - deve ser preservar a vida. A prudência e os princípios éticos nos ensinam a analisar a que custo: possuir sensibilidade suficiente para atuar em conjunto, com liberdade, consciência e autonomia, pelo fim comum - bem-estar, conforto e cidadania, desde sempre e até o último momento.

RESUMEN

Pacientes terminales y médico capacitado: sociedad para la calidad de la vida

Este trabajo presenta revisión bibliográfica de los últimos 10 años sobre problemas bioéticos en la asistencia a los pacientes terminales. Analiza principales dilemas e posiciones adoptadas frente a ellos, en el prisma del médico en formación. El trabajo concluí que el médico principiante podrá lograr mejores condiciones psíquicas y científicas para asistir a los pacientes terminales si apoyar-se en los principios de la bioética (beneficencia, non maleficencia, autonomía y justicia), y preparar-se con prudencia confrontando tais dilemas en su practica diaria.

Unitérminos: pacientes terminales, bioética

ABSTRACT

Terminal patient and competent doctor: partnership to the quality of life:

The technology comes moving forward to wide steps, in all the fields of the knowledge, especially in the sciences of the health. With that, the doctors see front to ethical dilemmas entirely new, for they be resolved in the daily clinical practice, in whose solution influences several factors: one of them is the medical formation. In this work, a revision of the international literature was accomplished, of the last 10 years, and analyzed the importance of the ethical learning in the professional formation. Based in four principles of the medical ethics (beneficence, non maleficence, autonomy and justice) and in the old beginning of the Prudence (Phronesis), it analyzes the posture of the international literature on the more frequent ethical dilemmas and it proposes a behavior for the medicine student: To get ready to receive the ethical challenges, knowing the international approach and being known itself and its influences to compose a base of moral action.

Uniterms: bioethics, terminal patients

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lederberg MS. *Disentangling ethical and psychological issues: a guide for oncologists*. *Acta Oncol*, 1999; 38: 771-9.
2. Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, (coordenadores). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. 320p.
3. Lopes MR. *Perspectivas da ética médica nos anos 90*. *Acta Méd Port*, 1994; 7: 501-7.
4. Chiu TY, Hu WY, Cheng SY, chen CY. *Ethical dilemmas in palliative care: a study in Taiwan*. *J Med Ethics*, 2000; 26:353-7.
5. Molloy DW, Guyatt GH, Almayehu E, Mellroy W, Willan A, Eisemann M, et al. *Factors affecting physicians' decisions on caring for an incompetent elderly patient: an international study*. *Can Med Assoc J*, 1991, 145:947-52.
6. Steinberg A. *The terminally ill-secular and Jewish ethical aspects*. *Isr J Med Sci*, 1994; 30:130-5.
7. Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press, 1993:86.
8. Barroso P, Osuna E, Luna A. *Doctors' death experience and attitudes towards death, euthanasia and informing terminal patients*. *Med Law*, 1992; 11:527-33.
9. Asai A, Fukuhara S, Lo B. *Attitudes of japanese and japanese-american physicians towards life-sustaining treatment*. *Lancet*, 1995; 346:356-9.

ARTIGOS

10. Bolmsjo I, Hermeren G. *Challenging assumptions in end-of-life situations. Palliat Med*, 1998; 12:451-6.
11. Poirier TI, Giannetti VJ. *Clinical and ethical perspectives on rationing of high-cost drugs. Ann Pharmacother*, 1995; 29:78-81.
12. Rothstein JA. *Ethics and the role of the medical librarian: health care information and the new consumer. Bull Med Lib Assoc*, 1993; 81:253-8.
13. Slomka J. *The negotiation of death: clinical decision making at the end of life. Soc Sci Med*, 1992; 35:251-9.
14. Carmel S. *Behavior, attitudes, and expectations regarding the use of life-sustaining treatments among physicians in Israel: an exploratory study. Soc Sci Med*, 1996; 43:955-65.
15. Finucane TE, Harper M. *Ethical decision-making near the end of life. Clin Geriatr Med*, 1996; 12:369-77.
16. Sikverman HJ, Vinicky JK, Gasner MR. *Advance directives: implications for critical care. Crit Care Med*, 1992; 20:1027-31.
17. Schears RM. *Emergency physicians' role in end-of-life care. Emerg Med Clin North Am*, 1999; 17:539-59.
18. Jeffery P, Millard PH. *An ethical framework for clinical decision-making at the end of life. J R Soc Med*, 1997; 90:504-6.
19. Pommer RW. 3rd. *Donaldson v. Van de Kamp: cryonics, assisted suicide, and the challenges of medical science. J Contemp Health Law Policy*, 1993; 9:589-603.
20. Meisel A, Snyder L, Quill T. *Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities, and grains of truth. JAMA*, 2000; 284:2495-2501.
21. Fratianna RB, Brandt C, Yurko L, Coffee T. *When is enough enough? ethical dilemmas on the burn unit. J Burn Care Rehabil*, 1992; 13:600-4.
22. Robb YA. *Ethical considerations relating to terminal weaning in intensive care. Intensive Crit Care Nurs*, 1997; 13:156-62.
23. Rosin AJ, Sonnenblick M. *Autonomy and paternalism in geriatric medicine: the jewish ethical approach to issues of feeding terminally ill patients, and to cardiopulmonary resuscitation. J Med Ethics*, 1998; 24:44-8.
24. Craig GM. *On withholding artificial hydration and nutrition from terminally ill sedated patients. The debate continues. J Med Ethics*, 1996; 22:147-53.
25. Craig GM. *On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? [discussion]. J Med Ethics*, 1994; 20:139-43.
26. Bodinsky GN. *Ethical dilemmas: a case study. Gastroenterol Nurs*, 1991; 13:206-8.
27. Latimer EJ. *Ethical decision-making in the care of the dying and its applications to clinical practice. J Pain Symptom Management*, 1991; 6:329-36.
28. Craig GM. *On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? [discussion]. J Med Ethics*, 1994; 20:139-43.

29. Goldstein MK, Fuller JD. *Intensity of treatment in malnutrition: the ethical considerations. Prim Care, 1994; 21:191-206.*
30. Dunphy K, Finlay I, Rathbone Gilbert J, Hicks F. *Rehydration in palliative and terminal care: if not-why not? Palliative Medicine, 1995; 9:221-8.*
31. Hughes N, Neal RD. *Adults with terminal illness: a literature review of their needs and wishes for food. J Adv Nurs, 2000; 32:1101-7.*
32. De-Ridder D, Gastmans C. *Dehydration among terminally ill patients: an integrated ethical and practical approach for caregivers. Nurs Ethics, 1996; 3:305-16.*
33. Teres D. *Trends from the United States with end of life decisions in the intensive care unit. Intensive Care Med, 1993; 19:316-22.*
34. Ginn D, Zitner D. *Cardiopulmonary resuscitation: not for all terminally ill patients. Can Fam Physician, 1995; 41:649-52, 655-7.*
35. Frezza EE, Squillario DM, Smith TJ. *The ethical challenge and the futile treatment in the older population admitted to the intensive care unit. Am J Med Qual, 1998; 13:121-6.*
36. Vincent JL. *European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire. Intensive Care Med, 1990; 16:256-64.*
37. Bradshaw A. *The spiritual dimension of hospice: the secularization of an ideal. Soc Sci Med, 1996; 43:409-19.*
38. Kinzbrunner BM. *Ethical dilemmas in hospice and palliative care. Support Care Cancer, 1995; 3:28-36.*
39. Bruera E. *Ethical issues in palliative care research. J Palliative Care, 1994; 10(3):7-9.*
40. Catholic Health Association. *Task Force on Pain Management. Pain management: theological and ethical principles governing the use of pain relief for dying patients. Health Prog, 1993; 74(1):30-9, 65.*
41. Quill TE, Cassel CK. *Nonabandonment: a central obligation for physicians. Ann Intern Med, 1995; 122:368-74.*
42. Nyman DJ, Sprung CL. *End-of-life decision making in the intensive care unit. Intensive Care Med, 2000; 26:1414-20.*
43. Celesia GG. *Persistent vegetative state: clinical and ethical issues. Theor Med, 1997; 18:221-36.*
44. Roy DJ. *The relief of pain and suffering: ethical principles and imperatives. J Palliative Care, 1998; 14(2):3-5.*
45. Van-Der-Poel CJ. *Ethical aspects in palliative care. Am J Hosp Palliat Care, 1996; 13(3):49-55.*
46. Rousseau P. *The ethical validity and clinical experience of palliative sedation. Mayo Clin Proc, 2000; 75:1064-9.*
47. Rushton CH, Brooks-Brunn JA. *Environments that support ethical practice. New Horizons, 1997; 5:20-9.*
48. Wein S. *Sedation in the imminently dying patient [discussion]. Oncology, 2000; 14:285-92, 597-8, 601.*

ARTIGOS

49. Ferrell BR, Dean GE. *Ethical issues in pain management at home. J Palliative Care*, 1994; 10:67-72.
50. Osgood NJ. *Assisted suicide and older people - a deadly combination: ethical problems in permitting assisted suicide. Issues Law Med*, 1995; 10:415-35.
51. Ferrell BR. *Ethical and professional issues in pain technology: a challenge to supportive care. Support Care Cancer*, 1994; 2:21-6.
52. Oliver D. *Ethical issues in palliative care-an overview. Palliative Medicine*, 1993; 7:15-20.
53. Boisubin EV, Lynch GR, Dresser R. *Hypercalcemia of advanced malignancy: decision making and the quality of death. Am J Med Sci*, 1991; 301(5):314-8.
54. Faber-Langendoen K. *A multi-institutional study of care given to patients dying in hospitals: ethical and practice implications. Arch Intern Med*, 1996; 156:2130-6.
55. Haghbin Z, Streltzer J, Danko GP. *Assisted suicide and AIDS patients: a survey of physicians' attitudes. Psychosomatics*, 1998; 39:18-23.
56. Schmidt TA, Zechin AD. *Suicidal patients in the ED: ethical issues. Emergency Med Clin North Am*, 1999; 17:371-83.
57. Kuhl DR. *Ethical issues near the end of life: a physician's perspective on caring for persons with AIDS. J Palliative Care*, 1994; 10(3):117-21.
58. Kleespies PM, Hughes DH, Gallacher FP. *Suicide in the medically and terminally ill: psychological and ethical considerations. J Clin Psychol*, 2000; 56:1153-71.
59. *American College of Physicians Ethics Manual: third edition Ann Internal Med*, 1992; 117:947-60.
60. Nys H, Schotsmans P. *Professional autonomy in Belgium. Med Bioethics*, 2000; 21:425-39.
61. Fischer DS. *Observations on ethical problems and terminal care. Yale J Biol Med*, 1992; 65:105-20.
62. Lavados M. *Decisiones etico-clinicas en el caso de un paciente terminal con cancer metastasico: el problema de la eutanasia. Rev Med Chil*, 1995; 122:563-71.
63. Kuuppelomaki M. *Attitudes of cancer patients, their family members and health professionals toward active euthanasia. Eur J Cancer Care (Engl)*, 2000; 9:16-21.
64. Serrao D. *Opinion on the ethical aspects of health care of patients at the end of life. Med Law*, 1999; 18:1-11.
65. Borthwick CJ. *The permanent vegetative state: ethical crux, medical fiction? Issues Law Med*, 1996; 12(2):167-185.
66. Quill TE, Lo B, Brock DW. *Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. JAMA*, 1997; 278:2099-2104.
67. Caralis PV. *Ethical and legal issues in the care of Alzheimer's patients. Med Clin North Am*, 1994; 78:877-93.
68. Kaufert JM, Putsch RW. *Communication through interpreters in healthcare: ethical dilemmas arising from*

- differences in class, culture, language, and power. *J Clin Ethics*, 1997; 8(1):71-87.
69. Singer GR, Koch KA. *Communicating with our patients: the goal of bioethics*. *J Florida Med Assoc*, 1997; 84:486-7.
70. Waz WR, Henkind J. *The adequacy of medical ethics education in a pediatrics training program*. *Acad Med*, 1995; 70:1041-3.
71. Hayes RP, Stoudemire AS, Kinlaw K, Dell ML, Loomis A. *Changing attitudes about end-of-life decision making of medical students during third-year clinical clerkships*. *Psychosomatics*, 1999; 40:205-11.
72. Barnard D, Quill T, Hafferty FW, Arnold R, Plumb J, Bulger R, Field M. *Preparing the ground: contributions of the preclinical years to medical education for care near the end of life*. *Working Group on the Pre-clinical Years of the National Consensus Conference on Medical Education for Care Near the End of Life*. *Acad Med*, 1999; 74:499-505.
73. Belani CP, Belcher AE, Sridhara R, Schimpff SC. *Instruction in the techniques and concept of supportive care in oncology*. *Support Care Cancer*, 1994; 2:50-5.
74. Sahler OJ, Frager G, Levettown M, Cohn FG, Lipson MA. *Medical education about end-of-life care in the pediatric setting: principles, challenges, and opportunities*. *Pediatrics*, 2000; 205:575-84.
75. Branday JM. *The dying patient-teaching doctors to care*. *West Indian Med J*, 1996; 45:45-7.
76. Rhodes R. *Ethical considerations for residents*. *Acad Med*, 1998; 73:854-64.
77. Latimer E. *Caring for seriously ill and dying patients: the philosophy and ethics*. *Canadian Med Assoc J*, 1991; 144:859-64.
78. Rouge D, Telmon N, Albar-Ede JL, Arbus L. *Questions raised by artificial prolongation of life of the aged patient*. *Med Law*, 1994; 13(3-4):269-75..
79. Anonymous 3. *Report 59 of the AMA Board of Trustees (A-96)*. *Physician-assisted suicide*. *Reference Committee on Amendments to Constitution and Bylaws*. *J Oklahoma State Med Assoc*, 1996; 89(8):281-93.
80. França GV. *Comentários ao código de ética médica*. *Rio de Janeiro: Guanabara Koogan*, 1994. 175p.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lino Lemonica
Departamento de Anestesiologia da FMB-UNESP
Distrito de Rubião Junior, s/nº
Caixa Postal 530
CEP 18618-970
Botucatu/SP - Brasil