



BIOÉTICA-FATOR IMPERATIVO NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA TERMINALIDADE

* Adriana Felipov

* Rose S. Von Hertwig

"Deve-se aprender a viver por toda a vida e, por mais que tu talvez te espantes, a vida é todo um aprender a morrer."
(Sêneca)

RESUMO:

Este artigo procura abordar a situação da terminalidade pautada nos três princípios da Bioética: autonomia, beneficência e justiça. Propõe, também, refletir a necessidade da transformação da relação médico-paciente, como possibilidade de humanização deste processo.

ABSTRACT

This article focuses on the situation of terminal patients concerning the three principles of bioethics: autonomy, beneficence, and justice. It also tries to reflect upon the need for the transformation of the doctor-patient relationship aiming at the humanization of such process.

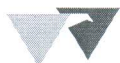
UNITERMOS: Terminalidade; Bioética, Relação Médico-Paciente Terminal, Humanização.

Key-Words: Terminal Patient, Bioethics; Doctor-Terminal Patient Relationship; Humanization.

A palavra "terminalidade" remete a múltiplos questionamentos e, certamente, a um recorte da história onde a saúde, o viver, a concretização de sonhos e desejos começam a ser (re)pensados e flexibilizados a ponto do ser humano permitir (o que não implica, necessariamente em querer) o trânsito como também o entendimento de novas terminologias e a revisão de conceitos, como: doença, hospitalização, dor, sofrimento e morte.

* Graduada em Psicologia.

Portadora do título de Especialista em Pacientes Terminais: Um Enfoque Multidisciplinar, pelo CESULON.



BIOÉTICA-FATOR IMPERATIVO NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA TERMINALIDADE

* Adriana Felipov

* Rose S. Von Hertwig

"Deve-se aprender a viver por toda a vida e, por mais que tu talvez te espantes, a vida é todo um aprender a morrer."
(Sêneca)

RESUMO:

Este artigo procura abordar a situação da terminalidade pautada nos três princípios da Bioética: autonomia, beneficência e justiça. Propõe, também, refletir a necessidade da transformação da relação médico-paciente, como possibilidade de humanização deste processo.

ABSTRACT

This article focuses on the situation of terminal patients concerning the three principles of bioethics: autonomy, beneficence, and justice. It also tries to reflect upon the need for the transformation of the doctor-patient relationship aiming at the humanization of such process.

UNITERMOS: Terminalidade; Bioética, Relação Médico-Paciente Terminal, Humanização.

Key-Words: Terminal Patient, Bioethics; Doctor-Terminal Patient Relationship; Humanization.

A palavra "terminalidade" remete a múltiplos questionamentos e, certamente, a um recorte da história onde a saúde, o viver, a concretização de sonhos e desejos começam a ser (re)pensados e flexibilizados a ponto do ser humano permitir (o que não implica, necessariamente em querer) o trânsito como também o entendimento de novas terminologias e a revisão de conceitos, como: doença, hospitalização, dor, sofrimento e morte.

* Graduada em Psicologia.

Portadora do título de Especialista em Pacientes Terminais: Um Enfoque Multidisciplinar, pelo CESULON.



O conceito de morte traz, em si mesmo, os reflexos histórico-sociais de um contexto, considerando-se as diversas fases da construção da história da humanidade e, portanto, configurando-se como um fator importante para o seu entendimento atual.

PITTA (1992, p. 64) fala que o homem da Idade Média via a morte como um evento natural. Em uma época onde as guerras e pestes faziam parte da rotina, "a morte nos seus aspectos mais macabros circulava no cotidiano das pessoas de uma forma íntima, embora preservando o seu sentido do novo, original e singular para cada um. Tinha uma inegável dimensão".

No século XX, a paulatina institucionalização da morte consolida-se, tendo como influenciadores o avanço da tecnologia médica, impulsionado pelas duas grandes guerras, o que sem dúvida elevou o status da profissão do médico que ganhou mais poder e prestígio. Dentre estes fatores, talvez o mais significativo seja a supremacia do sistema capitalista no mundo moderno, e com ele o afastamento da morte em definitivo do cotidiano e do convívio social no ocidente.

A sociedade capitalista ao institucionalizar a morte marginaliza o doente terminal, sua dor e seu sofrimento. De acordo com a ética mercantilista, o valor do homem somente ganha significado mediante sua produção. Portanto, quando alijado de sua capacidade laboral, o homem perde sua perspectiva existencial. Irrefletidamente, somos coniventes com a metáfora capitalista que explora o homem, e o reduz a uma máquina. RIBEIRO (1993, p. 20) sinaliza que o hospital torna-se uma oficina e o médico seu principal mecânico, onde "interessa consertar a máquina mas interessa menos evitar que se quebre. Ele tem que ter, como qualquer máquina, um tempo útil durante o qual produza mais e melhor, todavia há outros homens-máquinas sendo produzidos e que precisam ser consumidos".

A morte para o homem moderno é sinônimo de deparar-se com o horror, com a doença, com a velhice, com o desconhecido, com a falta de controle, o que o impulsiona à busca incessante do saber e da aplicação de técnicas avançadas, justificadas como uma tentativa de fuga e alívio diante de seu intenso medo e da constatação de sua fragilidade, de sua impotência desconcertante.

A atitude atual dos homens diante da dor, sofrimento e morte é buscar negá-los como fim do implacável percurso da vida humana, prolongando-a até não mais poder, através da tecnologia hospitalar disponível, afastando a morte do convívio social, ratificando o seu caráter de presença incômoda e mítica e, como tal, devendo ser marginalizada e esquecida. A morte não é mais vista como um limite natural para o sofrimento humano; morte e sofrimento são construídos paralelamente, causando, quando juntos, perplexidade.

A condição de terminalidade de um ser humano implica em legitimar-lhe o direito de protagonista de sua história, isto é, delegar-lhe escolhas, muito embora difíceis, mas que preservam sua dignidade. ANGERAMI (1995, p. 105) aborda esta questão com enfoque na relação paciente-profissional de saúde "(...) assumir o papel de esclarecedor, informando o paciente sobre o que realmente está acontecendo, não no sentido de dar-lhe o diagnóstico da doença, mas esclarecendo dados sobre a internação hospitalar, bem como o estigma que envolve esses aspectos, e o que é mais importante, deixar de ver no paciente uma enfermidade que está pondo em risco sua eficácia profissional".

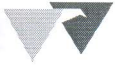


Como um primeiro passo, considera-se preponderante o relacionamento entre o médico e o doente terminal; entendendo-se que existem fatores imponderáveis que acarretam (ou que deveriam acarretar) uma transformação mútua. É neste ponto que a relação médico-ser humano portador de doença terminal (o termo "paciente" foi substituído, intencionalmente, por sugerir a idéia de pessoa que está sob cuidados médicos; aquele que recebe a ação praticada por um agente) adquire a peculiaridade que lhe é inerente, trazendo consigo uma consciência ética, que deveria ser intrínseca à própria pessoa do médico (sua postura ética). Configura-se então, em uma relação que ultrapassa os três grandes princípios éticos; o uso de medicamentos e tecnologias altamente desenvolvidas, deslocando-se para uma visão holística do ser humano como um ser histórico, biológico, psicológico, espiritual.

Sentido Ético da Autonomia

O direito à autonomia pode ser entendido como sendo a propriedade pela qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta. Sendo assim, o direito e o desejo que o doente terminal apresenta quanto a saber a verdade sobre o prognóstico de sua enfermidade consiste em um importante passo para a conquista de sua autonomia. O médico que, até então, era a personificação da cura, da esperança, terá que abdicar deste status hipocrático e defrontar-se com a situação de terminalidade. A inversão dos papéis é drástica e na maioria das vezes muito rápida para uma assimilação satisfatória, pois, de curador o médico passa a incorporar o papel de co-participante do processo de morrer. E este processo remete à consciência da finitude de uma história de vida, tanto a nossa própria, projetada na condição de terminalidade deste doente, quanto a do próprio doente. O processo de morrer é, para o doente, um momento único, envolvendo angústia e mistério, o que faz experimentar instantes de profundo estar consigo mesmo, podendo até ser interpretado como de grande solidão. ABERASTURI (1987), em seu livro "A Percepção da Morte na Infância", destaca que crianças em situação de terminalidade, mesmo com pouca idade, não só percebem que vão morrer, mas, encontrando adultos continentes às suas angústias e medos, conseguem demonstrar esta percepção quer verbal, que graficamente ou através de jogos. Tal qual a criança o adulto nessa mesma situação é capaz de perceber que vai morrer através da observação e possível interpretação de seus sintomas. A maioria deles desejaria dividir suas preocupações com outras pessoas (a equipe médica e os familiares mais próximos), resultando em uma sensível diminuição de suas angústias e aumentando, consideravelmente, sua esperança "Nossa imaginação aumenta sempre o mal que nos é oculto"¹. Isto pode ser um indicativo de que nem sempre evitar ou ocultar a verdade assegurará ao doente um caminho tranqüilo; pelo contrário, causar-lhe-ia um estado ansiogênico desconfortável frente à dúvida do desconhecido (diagnóstico, prognóstico, intervenções terapêuticas...).

¹ Frase atribuída ao Rei Salomão (Cantares de Salomão), monarca hebraico que viveu por volta de 972-932 A.C.



Se o morrer e o viver são inerentes ao mesmo processo, provavelmente a equipe médica e os familiares não se sentiriam tão angustiados e culpados de poderem falar sobre a morte com o paciente terminal, pois ele continua sendo o protagonista de sua história, mesmo quando sua vida esteja na iminência do fim e, portanto, devolvendo-lhe a possibilidade de tomar suas próprias decisões. Assim sendo, respeita-se sua condição de sujeito ativo, permitindo-lhe o exercício de sua autonomia. Convém ressaltar que a decisão de contar a verdade envolve necessariamente uma prévia fase de aprofundamento no relacionamento doente terminal-equipe médica (entendendo-se equipe multidisciplinar) afim de lhe poupar alguma desordem psicológica, o que evitaria um agravamento de seu estado real.

A morte pode ser menos ameaçadora para o doente do que para os profissionais da equipe multidisciplinar (mais especificamente os médicos), cujo cuidado termina com a frustração da cura. SILVA (1993, p. 140), fala que o médico, ao sentir que sua presença junto ao paciente terminal é inútil e embaraçosa, e que nada mais pode ser feito do ponto de vista terapêutico, acaba involuntariamente afastando-se do doente. "O resultado deste comportamento é o corte da possibilidade de diálogo numa situação em que o apoio e a solidariedade seriam especialmente importantes".

O cuidar expressa algo muito além do biológico, ou seja, é a busca e a descoberta da pessoa, o que comprova o sentido que este doente atribui ao laço afetivo-emocional estabelecido com o seu médico, desde o momento que se percebe portador de alguma enfermidade terminal.

Sentido Ético da Beneficência

O alcance da beneficência médica vai além das possibilidades de interferir objetivamente no desenvolvimento da doença. Convém considerar os seguintes questionamentos: O que apavora mais as pessoas: morrer ou sofrer? Qual o peso da decisão médica, nestas situações? Até que ponto a dor, no contexto da terminalidade, pode ser inevitável? Parece que estas questões que englobam dor e sofrimento direcionam o homem a refletir sobre a eterna convivência dialética do humano e do divino. Ao médico, lhe é conferido e exigido o penoso dever de auxiliar o doente a "suportar" o sofrimento com dignidade. É de sua responsabilidade humanizar a dor, sobretudo no contexto da fase terminal, conferindo-lhe indicações de suportabilidade. A imensa sedução do poder de controlar e prolongar a vida do enfermo, através de modernas técnicas científicas disponíveis, certamente influirá no entendimento do conceito de proporcionalidade. O sofrimento próprio da terminalidade deve ser compreendido como desproporcionais à qualidade de vida. Haja vista que a dor assume dimensões tão desmedidas ao limite de criar o desejo de morrer para eliminá-la. "A dor progressiva que aniquila toda e qualquer resistência orgânica, bem como as implicações emocionais do definhamento corpóreo" (ANGERAMI, 1995, p. 109) incidem vertiginosamente sobre o doente, não poupando seus familiares, amigos e, indubitavelmente, a equipe médica que, aflita, sente ameaçada sua missão de preservadora da vida. Talvez o que de mais dramático surge neste quadro, seja o que o autor acima citado (p. 110) sinaliza com propriedade, a dificuldade em termos gerais (equipe médica, familiares, amigos) da aceitação da idéia "de que muitas vezes se necessita morrer, da mesma forma que em outros momentos necessitamos dormir, repousar".



Sentido Ético da Justiça

A justiça se faz presente pelo exercício da autonomia, bem como pelo entendimento do conceito de proporcionalidade, caracterizada pela capacidade de ponderação da utilização dos meios científicos disponíveis. SILVA (1993) nos lembra que a beneficência e justiça estão intimamente relacionadas a custos e benefícios no tratamento dos pacientes terminais, sem esquecer da questão ética que, ainda para esse autor, deve "obrigatoriamente comparecer na avaliação, evitando que o objetivismo clínico se transforme em obstinação terapêutica".

Assim, deve-se ponderar a eficácia do tipo da terapêutica a se usar, o grau de dificuldade e de risco, o custo e as possibilidades de aplicabilidade, expectativas compatíveis aos resultados alcançados, direito à autonomia da pessoa enferma, a fim de buscar-se o equilíbrio e ponderação, objetivando-se sempre uma justa tomada de decisão, considerando-se a inexorabilidade que a terminalidade impõe.

Conclusões

O triste quadro que muitas vezes a terminalidade revela, certamente poderia ser sensivelmente amenizado se temas como a morte, terminalidade e princípios éticos, como os aqui brevemente abordados, fossem abertamente discutidos. É lamentável que "temas" como estes estejam ainda displicentemente esquecidos na grande maioria das Instituições formadoras de profissionais de saúde. ANGERAMI (1995, p. 103) denuncia esta estranha contradição: "é interessante observar-se neste sentido que a maioria das Faculdades de Medicina e Psicologia sequer têm espaços em suas estruturas programáticas para a discussão dessa temática. Assim esse profissional, ao deixar a academia e ingressar em uma atividade específica onde a morte surja como possibilidade real, terá que adquirir as condições necessárias para tal abordagem de maneira intuitiva, e muitas vezes sequer sem condições emocionais para tal".

Neste torvelinho de negações, medo e despreparo, está o paciente terminal, "vitimado em parte por sua enfermidade, mas principalmente por toda uma incompreensão de sua real situação" ANGERAMI (1995, p. 103). O maior desafio é mudar este quadro através da congruência de práticas dos vários profissionais que compõem as equipes multidisciplinares e oferecer aos pacientes terminais um tratamento mais humano. Muitas vezes, o tratamento destes pacientes concentra-se na parafernália tecnológica, onde não raras vezes a equipe médica e familiares se agarram como última tentativa para manter a "vida", quando uma abordagem mais centrada neste ser que sofre, através de palavras de conforto, ou um simples toque de mãos, possa ser de maior benefício, antepondo-se até mesmo, em algumas circunstâncias, à terapêutica medicamentosa.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURI, A. **A Percepção da Morte na Criança e Outros Escritos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- ANGERAMI, V.A.C. **Psicologia Hospitalar - Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira, 1995.
- ARIÉS, P. **Sobre uma História de Morte no Ocidente, desde a Idade Média**. Lisboa: Teorema, 1998, p. 21-37.
- JUNG, C. G. **A Essência da Saúde**. São Paulo: Martin Claret, vol. 20, 1993.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- PITTA, A. **Hospital - Dor e Morte como Ofício**. São Paulo: Pioneira, 1992.
- RIBEIRO, H. P. **Hospital: Histeria e Crise**. São Paulo: Cortez, 1993.
- SALOMÃO. **A Essência da Mente: Cantares de Salomão**. São Paulo: Martin Claret, vol. 11, 1993.
- SILVA, F. L. Direitos e deveres do paciente. **Revista Biomédica**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, vol. 1, no. 2, 1993.
- SPINSANTI, A. **Ética Biomédica**. São Paulo: Paulinas, 1990.