

Medicina *High Tech*, obstinação terapêutica e distanasia

“High Tech” medicine, excessive therapy and undignified death

Cristina Lima*

Resumo

A medicina *hipocrática*, tinha como objectivos, não só a cura, mas também o alívio do sofrimento, condenando, em simultâneo, o tratamento reconhecidamente vão.

Na segunda metade do século XX, a saúde individual tornou-se uma espécie de religião em que a utilização de tecnologia cara, e nem sempre ajustada à situação do doente, transforma a fase final da vida num longo e doloroso processo de morrer. Segue-se breve análise dos conceitos de futilidade terapêutica, incluindo a tendência para a sua definição em função dos recursos existentes.

Conclui-se ser necessário: recuperar os objectivos da medicina Hipocrática, valorizando a pessoa, os seus valores e opções e reconhecer quando a terapêutica curativa deve ser substituída pela paliativa.

Termina o artigo chamando a atenção para Portugal e para os pareceres emitidos em 1995 pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida sobre os aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida.

Palavras chave: Ética, Distanasia, Obstinação terapêutica.

Abstract

Hipocratic medicine already had as objectives, not only to cure but also to relieve suffering, condemning at the same time, obviously pointless treatment.

In the latter half of the 20th century the health of the individual has become a kind of religion in which the use of high technology is not always adjusted to the patient who is nearing the end of life but keeps being submitted to treatments to prolong it, transforming the final stages of life into an agonising dying process. This is always associated with therapeutic futility including the trend to define the extent of treatment according to available resources.

The article concludes that it is necessary to recover the objectives of Hipocratic medicine which place value on the person, their values and choices; to recognize when curative medicine should be replaced by palliative.

The article ends by drawing attention to Portugal and the guidelines issued in 1995 by the Conselho Nacional de Ética (National Council of Ethics) para as Ciências da vida about the ethical aspects of health care related to the end of life.

Key words: Ethics, Undignified Death, Therapeutic futility.

O objectivo da medicina é curar às vezes, aliviar frequentemente, confortar sempre

Oliver Holmes (médico francês do séc. XVI)

Na Antiguidade clássica, um médico que prolongasse ou tentasse prolongar a vida de um homem que não tinha condições de recuperar a sua saúde era visto como agindo de forma não ética, sendo o único dever do médico, “ajudar” ou “não causar dano”.

Amudsen, Darel. W.

Hipocrates, nascido no ano 460 a.c., continua a ser considerado “o pai da medicina”¹. Com ele, a medicina separou-se da religião e da filosofia, passando a doença a ser atribuída a causas naturais. O seu método de diagnóstico consistia na colheita da história clínica tal como ainda hoje em dia se faz. Hipocrates defendia a necessidade de elevados padrões morais para a prática da profissão, continuando ainda hoje a fazer-se, na maioria das escolas médicas, a defesa dos seus princípios éticos expressos no conhecido “juramento de Hipocrates”. Em *O Corpus Hipocrático* – compilação da sua obra e dos seus discípulos – a medicina é defendida a partir de três objectivos: “aliviar o sofrimento do doente, diminuir a violência das suas doenças e recusar tratar aqueles que estão completamente tomados pelas suas doenças, reconhecendo que em tais casos a medicina não pode fazer nada”.² Ainda dos

* Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna
Serviço de Medicina I do Hospital de Curry Cabral, Lisboa
Recebido para publicação a 09.08.05
Aceite para publicação a 24.11.05

escritos Hipocráticos, “*se um médico exige de uma arte poder que não pertence à arte, ou à natureza um poder que não pertence à natureza, a sua ignorância está aliada à loucura. . . . Só o médico que compreende os limites naturais e utiliza o seu entendimento para estabelecer limites sábios evita o erro da arrogância*”.

Esta atitude vigorou praticamente durante toda a Idade Média e esta citação de Celsus representa o que parece ser o pensamento dominante na época: “É parte de um homem prudente primeiramente não tocar um caso que não possa salvar, e não arriscar a aparência de ter matado alguém cujo destino seja somente morrer”.³

O prolongamento da vida a qualquer custo é recente. Surge pela primeira vez como objectivo da medicina na obra de Francis Bacon, no fim do sec. XVI, início do sec. XVII, que diz:

...é claramente a missão do médico não somente restaurar a saúde mas também mitigar as dores e os tormentos das doenças; e não somente quando tal mitigação da dor, como de um sintoma perigoso, ajuda e conduz à recuperação, mas também quando cessada toda a esperança de recuperação, ele ajuda somente para fazer uma passagem mais justa e fácil da vida. . . a terceira parte da medicina que eu defini é aquela que se relaciona com o prolongamento da vida, que é nova e deficiente, e a mais nobre de todas.⁴

No século XX, em particular na segunda metade, um enorme e rápido progresso técnico – científico transformou em crónicas doenças que antes eram mortais. A saúde individual tornou-se uma espécie de religião em que o aperfeiçoamento do corpo se tornou ilimitado, havendo esperanças fantasiosas e irrealistas nas novidades médico científicas. O aumento da esperança de vida nas sociedades ocidentais, deve-se maioritariamente às conquistas no campo da saúde, provocando uma alteração demográfica global com um envelhecimento significativo das populações. Mas, a grande maioria da população envelhecida é portadora de doenças crónicas, com necessidade de recurso a cuidados médicos prolongados. A incapacidade de curar as doenças crónicas e a necessidade de recurso a alta tecnologia aumentou muito os gastos com a saúde; a insatisfação dos desejos individuais, ao ver goradas as expectativas irrealistas de cura, saúde, beleza e imortalidade geram descontentamento e desconfiança. Ao mesmo tempo, a educação médica adaptou-se e foi orientada para o uso de tecnologias altamente sofisticadas.

A exigência de cura e sobrevivência a todo o cus-

to, aliada à desconfiança no médico pela ruptura da tradicional relação médico doente são o paradigma da medicina dos nossos dias. O fim da vida, ou seja – a morte – é a medicina fracassada. É exigida a utilização de tecnologia cara e nem sempre ajustada à situação do doente, que com o fim da vida à vista, vai sendo submetido a tratamentos que o mantêm vivo durante mais algum tempo, normalmente com sofrimento, dor, solidão e angústia. O médico, tornado assalariado de um serviço de saúde e partilhando a mesma filosofia que o doente, usa e abusa do poder tecnológico para derrotar a morte inimiga e luta até ao fim, muitas vezes pelo receio de acusação de omissão de socorro. A primazia é dada à conservação da vida e à derrota da doença, passando a pessoa doente para segundo plano. Está estabelecida a lógica da obstinação terapêutica ou tratamento fútil. O protagonista principal é o médico, tendo o doente um papel passivo.

Continuam a ser objectivos da medicina, prevenir a doença, aliviar a dor e o sofrimento, curar e cuidar das pessoas com doenças curáveis e cuidar das pessoas com doenças incuráveis.

Cada área, por facilidade de recursos, se centra, em princípio, em estruturas diferentes: a saúde pública debruça-se sobre a prevenção, enquanto a medicina curativa se dedica aos outros objectivos, devendo haver diferentes locais de tratamento vocacionados para áreas diferentes: «hospitais de agudos» onde se tratam, preferencialmente, as doenças curáveis e onde a luta contra a morte é o objectivo principal; as doenças incuráveis, deveriam ser tratadas ou cuidadas em locais adaptados à sua condição, com toda a excelência técnica adaptada a este tipo de medicina. A reabilitação, área fundamental da medicina que tem por objectivo a recuperação funcional do doente facilitando a sua reinserção social, situa-se entre o curar e o cuidar; é uma área fundamental nas sociedades envelhecidas, em particular entre nós onde a primeira causa de morbidade e mortalidade são as doenças cérebro-vasculares⁵ que causam grande incapacidade funcional. Grande parte destes doentes poderiam em tempo útil, superar as suas limitações corporais se tivessem acesso aos cuidados de saúde apropriados.

A medicina contemporânea enfatiza a cura e o prolongamento da vida e depois negligencia o cuidado necessário ao fim da vida, abrindo caminho a uma enorme quantidade de idosos incapacitados, mal cuidados e em sofrimento que aguardam o momento de morrer.

Obstinação terapêutica e distanásia

Entende-se por obstinação terapêutica o recurso a formas de tratamento cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos da doença, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor do que os inconvenientes previsíveis.

A utilização de uma terapêutica inútil, apenas adia a morte e acrescenta uma agonia programada. Transforma a fase final da vida num longo e doloroso processo de morrer. A isto se chama distanásia. A distanásia e a sofisticação tecnológica andam de mãos dadas. Quanto maior sofisticada a tecnologia mais se consegue prolongar a agonia do doente e familiares, até à morte inevitável.

Estamos a ampliar a vida ou a adiar a morte? E a vida humana deve ser sempre preservada? É dever do médico sustentar indefinidamente a vida de uma pessoa independentemente do sofrimento causado? Deve usar-se todo o arsenal terapêutico disponível para prolongar um pouco mais a vida? Até que ponto é lícito sedar o doente usando medicação que alivia a dor e indirectamente abrevia a vida da pessoa? Até que ponto se deve prolongar o processo de morrer quando não há mais esperança de vida?

O tratamento é considerado fútil quando não atinge os objectivos. Mas não é consensual a definição do que são os objectivos, uma vez que esta é uma área que toca valores sobre os quais temos pontos de vista diferentes.

O conceito de futilidade pode basear-se na mera análise científica dos factos: o tratamento é fútil porque não funciona; ou pode ser um julgamento de valor, sendo o tratamento fútil, porque não vale a pena ser usado. Quando se valoriza o julgamento de valor, entra em jogo a autonomia do doente que é quem sabe se vale a pena ou não o tratamento, enquanto, do ponto de vista científico, a decisão deve pertencer ao médico.

Outra preocupação é a tendência para a avaliação de futilidade em função dos recursos existentes, sendo cada vez mais frequente o apelo à futilidade em função dos gastos. É óbvio que a abstenção de tratamentos fúteis é uma importante medida na racionalização de recursos de saúde limitados; no entanto, a futilidade e a locação de recursos são questões distintas.

A afirmação de futilidade deve ser sempre contextualizada e centrada no doente individual. Os tratamentos não são fúteis em si, mas fúteis em relação a um objectivo.

Apesar das dificuldades inerentes ao tema, é consensual que a base do julgamento deve ser o benefício do doente; que a proporcionalidade entre benefício e utilidade deve ser decisiva; que a vontade do doente é importante e mesmo decisiva quando está em causa não a eficácia terapêutica mas a proporcionalidade do benefício.

A terapêutica fútil deverá ser substituída pelos cuidados paliativos, que têm como objectivo o alívio da dor e do sofrimento de forma a que a morte eminente possa acontecer em paz e com dignidade.

Entre nós, provavelmente como consequência do autoritarismo político da nossa História recente, a beneficência paternalista ainda domina a medicina; recorremos frequentemente ao alibi de que «o doente não quer saber a verdade» e que, entre nós, a iliteracia e falta de cultura impedem o exercício da autonomia e de uma escolha consciente.

A necessidade legal de consentimento informado é iludida da maneira mais fácil, normalmente colocando em frente do doente fragilizado um formulário a assinar.

Os médicos e restantes profissionais de saúde continuam a ter uma atitude cartesiana de, perante a doença procurar a causa tratável. Quando não há tratamento vira-se as costas porque «não há mais nada a fazer», esquecendo que nessa altura se inicia uma nova etapa na vida do doente com numerosas opções de cuidados.

A dor, apesar do arsenal terapêutico e da tecnologia à nossa disposição, continua a ser, na grande maioria dos casos, não controlada.

O desconforto que grande parte dos profissionais sente perante a morte é transferido para a sua relação com o doente, que é praticamente abandonado passando a ser mínimo o contacto pessoal.

Não há tradição de tratamento/cuidado da doença terminal nem de aconselhamento relativamente a opções de tratamento, reanimação, ventilação.

Não há sequer tradição de transmitir ao doente a verdade do seu diagnóstico, impossibilitando assim qualquer aconselhamento e orientação.

Conclusão

É necessário recuperar os objectivos da medicina hipocrática, ou seja, o conceito de vida para além da biologia, valorizando a pessoa, os seus valores e opções. O médico tem que aprender a dar mais atenção ao doente e menos à cura em si. Devendo ter

a consciência lúcida sobre o limite de investimento médico na fase final da vida.

Ao reconhecer um quadro incurável, a terapêutica curativa deve ser substituída pela paliativa, a ter lugar onde for possível, incluindo num hospital de agudos se for esse o local onde o doente se encontra.

Deverá ser tida em atenção a dor e o sofrimento do doente tão negligenciado e por vezes facilmente resolúvel.

A obsessão pela imortalidade, que levou ao prolongamento da vida e à valorização da juventude e que teve como consequência uma evidente discriminação social contra os idosos, faz com que o investimento em medicina geriátrica seja mínimo. Se esta tendência não for alterada, em vez de idosos activos física e mentalmente, a sociedade transformar-se-á num gigantesco lar para velhos incapacitados.⁶

A recuperação do lugar da morte como acontecimento natural e importante no fim da vida de cada um, é fundamental para que o doente possa readquirir o papel de protagonista no processo da sua própria morte, que deve decorrer em paz e na companhia de familiares ou pessoas mais queridas.

Em Portugal, o Conselho Nacional de Ética para as ciências da vida emitiu parecer sobre os aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida, em 1995⁷, recomendando claramente a interrupção de terapêutica fútil e a necessidade de evitar a distanásia, afirmando que quando objectivamente está claro que a recuperação não é possível, um julgamento prudente de futilidade é defensável e pode-se permitir que o doente morra como consequência da história natural da sua doença, sendo ética a interrupção de tratamentos, em particular quando causam sofrimento ao doente, ainda que esta interrupção lhe vá encurtar o tempo de vida. Da mesma forma, é ética a administração de fármacos para alívio da dor, ainda que, como efeito secundário, seja previsível um encurtamento do tempo de vida. ■

Bibliografia

1. Hippocrates, Encyclopedia Internacional, Grolier Incorporated, New York 1963;8:452- 453.
2. Amundsen DW. The physician's obligation to prolong life: a medical duty without classical roots. Hasting Center Report, v.8, p.23-30 in, Leo Pessini. *Distanásia até quando prolongar a vida?* S. Paulo, Brasil, Ed. Loyola 2001:144.
3. Celsus. De medicina 5, 26, 1, c apud Amundsen, D. W. op. cit., p.25, Leo Pessini, *Distanásia até quando prolongar a vida?* S. Paulo, Brasil, Ed. Loyola 2001:145.
4. Robertson, J. M. The philosophical works of Francis Bacon, pp.485-49,

in, Leo Pessini, *Distanásia até quando prolongar a vida?* S. Paulo, Brasil, Ed. Loyola 2001:147-148.

5. Instituto Nacional de Estatística-Indicadores de saúde; <http://ine.pt/prod-serv/indicadore>, cons. em 2 Junho de 2005

6. Francis Fukuyama, O nosso futuro pós-humano, Lisboa, Ed Quetzal 2002:113.

7. Conselho Nacional de Ética para as ciências da vida. *Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o fim da vida*, documentação, in, Leo Pessini. *Distanásia até quando prolongar a vida?* S. Paulo, Brasil, Ed. Loyola 2001:106.