

Ética e Mortalidade

MARIA DO CARMO VALE

Hospital de Dona Estefânia

Ethics and Mortality

«...Nothing in his life
Became him like the leaving it...»

Macbeth, 1.4.7-11 W. Shakespeare

A análise da mortalidade de um hospital, caracteriza o seu percurso assistencial e constitui um indicador de qualidade.

O problema do «fim da vida» em pediatria é particularmente difícil de abordar para a família e técnicos de saúde, uma vez que se refere a um grupo etário de grandes potencialidades sociais e investimento afectivo por parte da família e comunidade ⁽¹⁾. Não faz, portanto, parte dos hábitos do médico assistente, mesmo em situações de grande morbidade e mortalidade, num cenário de previsível irreversibilidade, a discussão pragmática sobre a melhor atitude terapêutica para a criança, consensualmente aceite pela família e médico.

O resultado é o «desvio e ou adiamento» sistemático desta discussão para o momento terminal, que em geral sucede no hospital central, e predominantemente nas unidades de cuidados intensivos.

O problema da mortalidade, suscita na prática clínica diária destas unidades a tomada de decisões sobre a vida e morte, necessariamente fundamentadas e enquadradas à luz do pensamento filosófico contemporâneo e princípios éticos actualmente defendidos.

Se discutirmos o problema da morte de uma criança gravemente doente, sem prévia discussão da morte em geral, corremos o risco de não resolver o conflito entre o dever universalmente aceite de proteger a santidade da vida humana, (que se prende com o princípio da beneficência), e o dever de reduzir ou abolir o sofrimento (subjacente ao princípio da não maleficência) ^(1,2). Como se infere, estas decisões têm de ser fundamentadas, quer na história clínica, quer nas opções parentais, que representam a autonomia da criança. Por outro lado, o peso do contexto religioso e cultural é relevante, atendendo a que nas culturas mediterrânicas como a nossa, tem prevalecido o princípio da beneficência e atitude paternalista por parte do médico, se bem que a influência da cultura médica anglosaxónica se tenha vindo progressivamente a sedimentar.

A principal consequência desta atitude é a escassa formação do pediatra nas correntes filosóficas e princípios éticos, fundamentais na relação adequada (com a família e pares) que permitam a discussão aberta, desdramatizada e empática destas questões, condicionando a melhor atitude terapêutica e contemplação do superior interesse da criança.

Estamos convictos que a abordagem prévia, atempada e tanto quanto possível sistemática desta problemática, poderia amenizar a fase terminal de muitas crianças, mantendo-as no conforto dos seus lares e proximidade da família, ou pelo menos, no ambiente hospitalar (enfermaria) que lhes é mais familiar.

A expectativa de intervenção terapêutica pode ser considerada como paliativa não curativa ou de cuidados terminais e não deve ser providenciada numa unidade de cuidados intensivos. No entanto, a prestação destes cuidados nessa área hospitalar, reflecte apenas o princípio da proporcionalidade (relação custos/benefícios para a criança) e a inexistência de condições físicas e logísticas nou-

Correspondência: Maria do Carmo Vale
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)
Hospital de Dona Estefânia
Tel. 21 312 66 70 / 21 312 67 43

tras áreas do hospital ou outras estruturas de saúde, que possam condignamente tratar estes doentes.

Numa revisão efectuada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do Hospital de Dona Estefânia, pelos motivos que se prendem com a particular visão de morte na criança ⁽¹⁾, o grau de investimento terapêutico na fase inicial de internamento foi praticamente total na maioria dos doentes (96,7%). Este facto deve-se, em parte, ao desconhecimento total ou parcial sobre o exacto estadio da doença base, num momento em que é exigida intervenção terapêutica emergente e ou inexistência de uma relação clínica fiduciária, que permita ao médico decidir.

Nesse mesmo estudo retrospectivo, verificou-se modificação desta atitude ao longo do internamento, nomeadamente no grupo de crianças com evidência de morte cerebral, grupo de menor complexidade relativamente à atitude de retirada terapêutica, dada a existência de critérios bem definidos e internacionalmente aceites ⁽³⁾.

A decisão de não reanimação, tomada em alguns doentes, representa uma situação limite entre retirada terapêutica e o «deixar morrer», numa atitude racional perante a irreversibilidade do curso natural, reconhecendo à criança o direito a morrer com dignidade, sem terapêuticas fúteis ou de encarniçamento terapêutico ⁽¹⁾.

Na decisão de retirada é ainda necessário discutir a melhor estratégia terapêutica, que se traduza no menor desconforto para a criança e minimize a angústia da família. Ao tratar o doente terminal, visando unicamente o alívio do sofrimento, o médico pode, involuntariamente, precipitar ou acelerar a morte. Por outro lado, o médico que não trata o doente (não reanima e ou «deixa morrer»), pode duvidar que haja diferença moral intrínseca entre matar e «deixar morrer», para além da diferença que distingue o acto da omissão e naturalmente questiona a rectidão da sua decisão. A resposta é que a diferença entre a suspensão terapêutica necessária ao prolongamento da vida, associada à administração simultânea de um analgésico (para alívio dos momentos terminais), e o acto consistente e racional de administrar uma injeção letal, reside na intencionalidade da práxis. Daí a sua angústia ao tentar simultaneamente não transparecer, no pragmatismo que dele se espera, a dúvida latente que se situa na fronteira entre os princípios da beneficência e não maleficência, que o mesmo é dizer entre o tratamento (pesados os custos/benefícios) e o encarniçamento terapêutico ⁽³⁾.

A modificação da atitude terapêutica inicial, traduz as dúvidas, dilemas, em suma, o equacionamento das questões atrás referidas, através do qual se procura o consenso possível entre toda a equipe médica. A noção de que se deve sempre fazer alguma coisa e nunca não fazer nada, deve dar lugar ao juízo criterioso de abstenção terapêutica, subjacente ao princípio da não maleficência, mas emocional e profissionalmente mais difícil de pôr em prática ^(1,2).

A demora no grupo da morte cerebral, tem a sua justificação na verificação dos critérios clínicos de morte cerebral, frequentemente só objectiváveis ao fim de vários dias, para além da consideração do espaço psicoafectivo familiar na compreensão global da situação e luto.

Até meados do século XX, a grande maioria dos problemas decorrentes da actividade clínica era resolvida com base na deontologia profissional e em princípio de inspiração hipocrática, apoiados em algumas virtudes básicas como a compaixão e desinteresse.

O acelerado desenvolvimento tecnológico verificado nas últimas três décadas, conferiu ao homem poder para controlar muitas funções biológicas, capacitando-o para evitar ou adiar a morte.

O desenvolvimento e expansão desse poder tecnológico a que diariamente assistimos, exerceram sobre ele tal fascínio, que o fizeram secundarizar o pensamento e inquietação como veículos de procura da verdade inacabada.

Esse mesmo poder, que de forma desordenada o pode conduzir à destruição, reforçou a sua autoimagem de forma desajustada e narcísica, levando-o a considerar-se o Criador daquilo que inventou, integrando a sua obra numa autoconcepção transcendente, esquecendo levianamente as suas fragilidades, limitações e finitude.

À medida que a Ciência transferiu para as suas mãos poderes antes reservados à fatalidade da natureza no que respeita ao nascer, viver e morrer, o homem questiona-se, se o que é técnica e cientificamente possível é também eticamente aceitável. Naturalmente o médico interroga-se se tem autoridade para os aplicar, capacidade para adequar o seu conhecimento e saber à realidade actual, compatibilizando virtude, liberdade da comunidade, autonomia individual, dignidade humana e beneficência/não maleficência. Ao optar por esta ou aquela decisão terapêutica, o médico procura subtrair às decisões mais trágicas os entes mais queridos ao doente, diariamente interiorizando nas suas derrotas, que por muitos conhecimentos que tenha ou venha a possuir, a mortal condição não se dobra à sua sagacidade ⁽⁴⁾.

Sendo a Medicina uma disciplina praticada em circunstâncias trágicas, onde todos os homens morrem e a maior parte sofre antes de morrer, o médico é frequentemente confrontado com dilemas e escolhas em que nem todos os direitos são contemplados, seguramente nem todos os objectivos realizados e onde uma definitiva e bem balanceada hierarquia de valores e direitos não pode ser estabelecida com rigor.

Perguntamo-nos qual o médico que deseja decidir entre a vida e a morte, nomeadamente sobre o emprego desta ou daquela tecnologia (muitas vezes discutível), em determinado doente, que eventualmente lhe evite a morte, ou apenas lhe prolongue o sofrimento, a solidão do fim, em suma a morte; ou, por outro lado, deseja decidir não rea-

nimar aquele, dada a gravidade do seu prognóstico, a previsível irreversibilidade, e o pressentimento da proximidade do fim. Mesmo assim, tem de pensar, conduzir e dar resolução prática a problemas de complexidade acrescida, relacionados com a sua finitude e morte.

Desgastando-se diariamente nestas decisões, ciente da sua responsabilidade ao esgotar dicotomias e árvores de possibilidades a outros seres humanos, redescobre-se simultaneamente através das suas próprias emoções e sentimentos e tenta o suporte emocional dos familiares e doentes, a par da preservação da sua própria integridade psíquica.

Permanentemente coabitando entre a vida e a morte, num jogo desigual e só pontualmente ganha, nele redescobre a sua essência e finitude, encontrando no modelo da virtude de Aristóteles a força necessária ao desempenho da sua missão, ciente das suas limitações e da inconstância dos êxitos humanos, sabendo-se, apesar de tudo, de difícil substituição. O provérbio médico «curar algumas vezes, aliviar ocasionalmente, confortar sempre» traduz de algum modo esta experiência trágica, para além da moral e transcendência, sem consenso ou aplauso, em tudo idêntica

à do herói trágico de Sófocles, com a grandeza que a solidão confere à sua práxis ⁽⁵⁾. Resta-lhe permanecer alerta, de sobreaviso, convocar as suas mais prementes convicções morais e filosóficas e decidir, numa época de viragens e incertezas, sobre o fim da vida em doentes em princípio de vida...

Bibliografia

1. Jonsen AR, Siegler M, Winsdale WJ: Indicações para a Intervenção Médica in *Ética Clínica*, McGraw-Hill de Portugal, 1999.
2. Beauchamp TL, Childress JF: Nonmaleficence pp. 189-258; Beneficence pp. 259-325; Virtues and Ideals in Professional Life pp. 462-508 in *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press 1994.
3. Engelhardt HT: *The Endings and Beginnings of Persons: Death, Abortion and Infanticide in The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press 1996.
4. Jonas H. Técnica e responsabilidade: reflexões sobre as novas tarefas da Ética in *Ética, Medicina e Técnica* (pp. 27-61), Vega 1994.
5. Nabais N in *Mestrado de Bioética – Faculdade de Medicina de Lisboa*, 1999.