

CONTRIBUTO PARA UMA ÉTICA DA FASE TERMINAL

SERVIÇO MEDICINA I

JOÃO CARLOS MACEDO *
ROSA MARIA MALHEIRO **

RESUMO

Os autores abordam os dilemas éticos presentes ao cuidar o doente em fase terminal. Apontam algumas estratégias para diminuir as problemáticas éticas presentes à equipa de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: FASE TERMINAL; DILEMA ÉTICO

SUMMARY

The authors approach the ethics dilemmas on caring the terminal patient. They note some strategies to decrease, in the health team, the ethics problems.

KEY-WORDS: TERMINAL PHASE; ETHIC DILEMMA

0 — INTRODUÇÃO

As questões ligadas à morte humana sempre tiveram um espectro obscuro, tanto na literatura, como na própria vida comunitária. Estudar aspectos ligados à fase terminal da vida é, sem dúvida, um campo de poucos interesses, pelos tabus estruturados pela sociedade.

O doente na fase terminal é uma realidade nas nossas unidades de cuidados e sobre ele recaem uma série de cuidados portadores de uma intensa carga ética. Os profissionais de saúde na sua prática diária de cuidados depararam-se com inúmeros dilemas éticos.

A reflexão e o debate em torno da ética dos cuidados ao doente em fase terminal, deverão ser uma prioridade, junto das equipas multidisciplinares da saúde que cuidam doentes nestas circunstâncias.

* Enfermeiro a exercer funções na ESECG - Braga.

** enfermeira a exercer funções na unidade de cuidados de Medicina I - Mulheres.

1 — A FASE TERMINAL DA VIDA

Antes de mais, convém definir, ou pelo menos circunscrever, o que é um doente em fase terminal.

Podemos, por exemplo, partir de uma definição que no fundo exhibe o grau de ambiguidade do termo: paciente cuja experiência clínica espera a morte devido a uma específica doença, depois de um tratamento adequado, num relativo curto espaço de tempo, mensurável em dias, semanas ou alguns meses em certos casos. (Jansen e col., 1998: 24).

Apesar do grau de imprecisão, em termos clínicos, conduzindo alguns médicos experientes a efectuar predições que são falíveis, ainda assim, nos nossos hospitais conhecemos casos terminais cuja incerteza da data da morte é um dado que não torna menos certo a fase terminal do doente.

Encontramos múltiplas situações nas nossas unidades de saúde: doente com diagnóstico de neoplasia metastizada que efectuou vários ciclos

de quimioterapia e radioterapia, mas a evolução da sua situação clínica está a agravar-se e a morte ocorrerá num futuro mais ou menos próximo; doente com esclerose múltipla, com uma deterioração progressiva, espasticidade dos membros inferiores, diminuição da acuidade visual em ambos os campos visuais, com cateter vesical e com incontinência intestinal, com história de várias infecções urinárias, e neste momento com várias úlceras de decúbito e com um quadro de septicemia cuja antibioterapia instituída não está a resultar; mais recentemente o SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) acarreta para os doentes infectados, na sua fase terminal, circunstâncias bastante penosas. Este leque de situações, são o dia a dia de enfermeiros(as), médicos(as), outros técnicos e até da própria família.

Poderemos, de uma forma sintética, caracterizar a doença que conduz a uma fase terminal (Duarte, 1992: 34) como:

- Doença avançada, incurável e de progressão rápida;
- Falta de possibilidade de resposta com tratamento específico;
- Presença de numerosos sintomas e complicações que são intensas e de variáveis causas multifactoriais;
- Prognóstico de vida inferior a seis meses;
- Grande impacto emocional sobre o doente, seus familiares e sobre a equipa.

Em Portugal algumas das situações clínicas que conduzem a situações terminais e morte, são as doenças crónicas-degenerativas, o cancro e as doenças do coração, segundo o Relatório do CRES (Conselho de Reflexão sobre a Saúde) de 1997. Ainda no mesmo relatório, é apontado o aparecimento do SIDA e o seu descontrolado desenvolvimento como indicadores negativos de saúde portuguesa.

2 — OS MAIS ANOS DA VIDA

A própria população portuguesa envelheceu rapidamente nas últimas décadas. A percentagem de população com mais de 65 anos passou de 8% em 1960 para 14% em 1995 do total populacional (Barreto e Preto, 1996: 24). Isto ilustra a importância crescente da população idosa no contexto da população "inactiva" e "dependente" e os novos desafios que se colocam em termos sociais, económicos e sanitários (CRES, 1997: 7).

Aliado a estes dados, temos o facto da esperança de vida ter aumentado nestas últimas décadas, estando situada em 71 anos para os homens e 78 anos para as mulheres (CRES, 1997: 8).

Todos estes indicadores, juntamente com os avanços conseguidos na área da investigação médica, contribuíram para uma melhoria do nível de assistência, ao prolongamento da vida e ao aumento do número de doentes em fases terminais que noutras épocas remotas teriam uma evolução natural da doença mais curta e sem meios de alívio do sofrimento. Concomitantemente, a par com os avanços tecnológicos, começou-se, também assistir a uma hospitalização da própria morte. A morte como acontecimento da vida, passou do domínio familiar para o domínio dos técnicos de saúde. Morre-se no hospital, porque é no hospital que se proporcionam os cuidados que já não são viáveis em casa (Aries, 1989: 55). Nos Estados Unidos, por exemplo, 80% das mortes ocorrem no hospital (Nuland, 1993: 341).

Esta transladação do local da morte e a implementação de cuidados intensivistas mais avançados, contribuíram para o nascimento de dilemas éticos ao nível dos cuidados de saúde, nunca antes perspectivados.

3 — REFLECTIR E CUIDAR

Os cuidados ao doente em fase terminal são um desafio para os profissionais de saúde, pois neste caso particular, confrontados com a mortalidade terão que aliar a sua capacidade de suster os medos e o sentimento de frustração pela incapacidade de curar. Aqui, deve ser levado a cabo uma doutrina que nos parece basilar: reconhecer que quando as metas do curar estão exaustas, as metas do cuidar devem ser reforçadas (Jansen e col., 1998: 40). O acompanhamento do doente em fase terminal, deve ter em conta o factor biológico, sociológico, psicológico, cultural e espiritual, em suma, uma visão holística. Para tal, será importante reforçarmos os denominados cuidados paliativos, pois não evitando a morte são essenciais para uma condução de todo o processo da morte com mais dignidade (Santos, 1996: 356). Os cuidados paliativos têm como objectivo a diminuição da dor e de todo o sofrimento, contribuindo para que os doentes vivam em plenitude os seus últimos momentos e tenham uma boa morte (Astudillo e col., 1997: 25). Astudillo e col. afirmam ainda: "*Recibir un cuidado paliativo competente y humanitario no debe ser un privilegio, sino más bien un derecho de todo enfermo en esta situación*" (p. 29).

No nosso país só existe uma unidade de cuidados deste tipo, situada no IPO-Porto, com uma lotação de 20 camas, para doentes do foro oncológico. Contudo, ventos de mudança se avizinham, pelo menos é o que podemos afirmar após a leitura de um documento do Ministério de Saúde de 1999. No referido documento, intitulado *Saúde: Um Compromisso. Estratégia de Saúde*

para o virar do Século (1998-2002), no capítulo 2 denominado *Melhor Saúde*, o ponto 5 é direccionado ao direito a morrer com dignidade. Neste particular, o Ministério, apresenta no Horizonte do ano 2007, o compromisso de existir, *peelo menos, uma unidade de cuidados paliativos certificada, em cada sistema local de saúde*. Contudo, apresenta como meta para o ano 2002: "*Disponibilizar cuidados paliativos apropriados a doentes em situação terminal em 80% os sistemas locais de saúde*" e como objectivo geral para 2002: "*Proporcionar, em cada sistema local de saúde, a oferta de serviços de saúde tecnicamente habilitados a prestar cuidados eficazes e humanizados ao doente em fase terminal, com impacto significativo no seu bem-estar e no da sua família*".

Enquanto não existem mais unidades deste género, os doentes em fase terminal são internados nas unidades de saúde hospitalares e em algumas circunstâncias, acontece que o isolamento, a solidão, o próprio acto de correr a cortina é muitas vezes mais frequente do que um simples toque de mãos ou uma presença silenciosa, mas amiga, junto daquele que como nós é humano e como tal mortal.

Urge reflectirmos, na sociedade actual, sobre os valores que norteiam os profissionais de saúde nos cuidados ao doente em fase terminal. As instituições hospitalares não tiveram em mente aquando da sua estruturação as questões ligadas à morte humana mas antes, estão orientadas para ocorrer a situações agudas, não para o acompanhamento da morte. Quanto aos profissionais, os currícula académicos também apresentam um déficite sobre as questões da morte humana. Quase que poderemos afirmar, a inevitável dificuldade em enfrentar a fase terminal da vida na prática dos cuidados.

4 — DILEMAS ÉTICOS

Verifica-se que no dia-a-dia dos enfermeiros(as) e médicos(as) são tomadas decisões éticas respeitantes ao doente em fase terminal que além de não ser consensuais, também são baseadas apenas num ponto de visita ético, e como tal não são debatidas.

É imprescindível uma estratégia de acção, definida por toda a equipa (médicos, enfermeiros, técnicos) tendo em conta a vontade do doente e envolvendo o círculo pessoal e familiar (Santos, 1996: 357).

Certas actuações junto do doente em fase terminal são consideradas por uns como imprescindíveis para a continuidade dos cuidados, legitimadas pela eminente dignidade da pessoa humana; outros há que consideram os mesmos actos fúteis e mesmo em algumas situações de carácter "anti-ético", pois arrastam a vida para além daquilo que o curso natural da doença con-

duziria; ainda há outros, que tomam uma posição de "desresponsabilização profissional" e assumem um investimento terapêutico no doente com o intuito de evitar futuras consequências legais, à posteriori pelos familiares, alegando negligência profissional.

Fruto de diferentes formações de base a nível ético, de diferentes percepções sobre a morte, o morrer humano e os valores éticos inerentes à pessoa humana, os profissionais de saúde interrogam-se:

— Devemos proceder a uma entubação nasogástrica a um doente com uma neoplasia maligna metastizada e que recusa alimentar-se? Devemos apenas mantê-lo como hidratação endovenosa? E se ele não estiver consciente devemos ou não entubá-lo para alimentar?

— Devemos introduzir aminas (dopamina ou dobutamina) num doente com 70 anos, com uma cardiomiopatia dilatada que teve um acidente vascular cerebral e uma embolia pulmonar e que agora apresenta alterações do traçado electrocardiográfico e não urina à doze horas?

— Devemos proceder a uma reanimação cardio-respiratória num doente com um acidente vascular cerebral hemorrágico bastante extenso e com uma pneumopatia grave e que agora entrou em falência cardio-respiratória?

— E que qualidade de vida terá este doente se conseguirmos uma reanimação eficaz?

— Não estamos a sujeitar o doente a um retardamento da morte por pouco tempo?

— Como actuar quando um doente pede eutanásia?

Ficam patentes algumas das interrogações que perante determinadas situações clínicas afloram à mente dos profissionais de saúde. Muitas mais interrogações poderíamos referir, contudo as que foram descritas ilustram bem o carácter dilemático dos cuidados ao doente em fase terminal.

Há ainda algumas questões referidas que estão na "moda" a nível social, como é o caso da eutanásia. Muitos dos pedidos de eutanásia na fase terminal são devidos à consciencialização da perda da dignidade humana (Nunes, 1996: 143) e também à falta de apoio psicológico especialmente neste período em que o doente se sente mais fragilizado e sozinho. Por outro lado, a ideia de eutanásia e a sua legalização (criaram-se associações em vários países para implementar a sua legalidade) poderá acarretar problemas futuros que são sustentados pelo argumento da rampa escorregadia (*slippery slope*) em que

partindo da situação da eutanásia para o doente incurável e terminal, com grande sofrimento, voluntária e consciente e repetidamente solicitada poder-se-á passar mais tarde aos incapazes ou sem opinião, que implícita ou explicitamente se pronunciaram anteriormente pela eutanásia ou aqueles cuja qualidade de vida é insuficiente segundo terceiros (Osswald, 1996: 538).

5 — ESTRATÉGIAS / INTERVENÇÕES

Há que implementar estratégias/intervenções para evitar ou minimizar os dilemas éticos mencionados, bem como, para educar a própria sociedade sobre a temática da morte. Indicamos algumas estratégias, que contribuirão para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao doente em fase terminal:

- Reuniões periódicas com toda a equipa de saúde para discussão de casos e tomada de decisões consensuais e humanizadoras;
- Implicação do doente e família nas decisões;
- Formação institucional abarcando as temáticas éticas da fase terminal;
- Fomentação de investigação na área ética (incentivando os profissionais de saúde a desenvolver projectos de investigação);
- Fomentação e políticas de educação para a saúde na área ética (nomeadamente informando sobre a natureza e prática dos cuidados paliativos);
- Aumentar o número de horas curriculares dos profissionais de saúde abordando as temáticas éticas da fase terminal;
- Desenvolver políticas que promovam o nascimento de unidade de cuidados paliativos e cursos com formação nesta área.

Conjuntamente, com algumas destas estratégias, é necessário que as instituições implementem consultas de apoio psicológico, para os profissionais de saúde que diariamente se confrontam com situações de fase terminal (caso das unidades de oncologia, medicina e outras).

6 - CONCLUSÃO

Marie Hennezel no seu livro "*Diálogo com a Morte*" (1997), afirma: "Existe uma maneira de cuidar do moribundo que lhe permite sentir-se uma alma viva até ao fim". Esta afirmação ilustrará, porventura, a consciencialização que deverá existir tanto da parte dos profissionais como da população em geral, para a importância

emergente dos cuidados ao doente em fase terminal.

Uma formação e informação mais aprofundada e políticas adequadas permitirão diminuir os dilemas éticos que rodeiam os doentes em fase terminal e conduzirão a uma mais valia na humanização dos cuidados de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- ASTUDILLO, Wilson; MENDINUETA, Carmen; ASTUDILLO, Edgar. *Cuidados del Enfermo en Fase Terminal y Atención a su Familia*. 3.ª ed. Navarra. Ed. Universidade de Navarra S. A. 1997.
- ARIES, Philippe. *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. 2.ª ed., Edições Teorema, 1985.
- BARRETO, António; PRETO, Clara Valadares. *PORTUGAL 1960-1995: Indicadores Sociais*. 1.ª ed, Cadernos Público n.º 8, 1996.
- CONSELHO DE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE. *Opções para um Debate Nacional*. Porto, 1997.
- DUARTE, M.ª Emília. Dor no Doente Terminal, *Boletim do Hospital de S. Marcos*, vol VII: 1-2. Braga, 1992.
- HENZEZEL, Marie. *Diálogo com a Morte*. Lisboa, Editorial Notícias, 1997.
- JONSEN, Albert R.; SIEGLER, Mark; WINSLADE, William J. *Clinical Ethics*. 4.ª ed. U.S.A., McGraw Hill, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde: Um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o virar do Século (1998-2002)*. Lisboa, 1999.
- NUNES, Rui. Humanização na Doença Terminal in *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*. Coord. M.ª do Céu Patrão Neves, Açores, CEB, 1996, 130-145.
- OSSWALD, Walter. Experiência Nazi da Eutanásia: Memória e Lição, *BROTÉRIA*, Vol. 142, N.º 5/6: 519-542. Lisboa, 1996.
- SANTOS, Laureano — A Pessoa no Estado Terminal in *BIO-ÉTICA*. ORG. AAVV, Lisboa, Ed. Verbo, 1996, 355-360.