

Cuidados paliativos e os princípios da bioética

A medicina, como todos os ramos do conhecimento, conheceu um desenvolvimento enorme desde o século XX. Até então, os médicos pouco mais podiam fazer do que aliviar alguns sintomas. Depois, pouco a pouco, começou a ser possível intervir na história natural das doenças e até a curar algumas.

A cirurgia a par da anestesia, a insulina, os antibióticos, as vacinas (a varíola foi erradicada), a hemodiálise, a transplantação de órgãos, a quimioterapia antineoplásica, a radioterapia, as intervenções nos serviços de urgência, a reanimação cárdio-respiratória, as unidades de cuidados intensivos, as unidades coronárias, as técnicas de imagem, etc., são alguns dos mais importantes avanços. Este progresso, sem dúvida notável, permite salvar a vida a pessoas que sofreram doenças ou acidentes que há alguns anos lhes causariam a morte. Alguns desses sucessos são espectaculares e amplamente noticiados.

Todos estes factos levam a que, geralmente, se atribua à medicina de hoje a responsabilidade principal pela melhoria da saúde das populações que tem ocorrido nos países mais desenvolvidos. Contudo, parece que de facto não é assim. A contribuição da medicina para a melhoria dos índices com que geralmente se mede a saúde - mortalidade infantil, dias perdidos por doença, esperança de vida – é muito menor do que se pensa ([1]). O que mais contribui para o bem-estar das populações e a sua saúde são as condições socioeconómicas, sendo afectados apenas marginalmente pelos cuidados médicos [1]. Um exemplo clássico é o das doenças infecciosas, como a tuberculose, cuja incidência começou a baixar quando as condições de vida das populações melhoraram, muito antes do aparecimento dos tuberculostáticos. Um exemplo de outro tipo, que mostra que muitas das acções consideradas, em geral, progressos significativos são em muitos casos fúteis (e ao mesmo tempo exemplo de que já há disso reconhecimento), é o facto de um estudo realizado em unidades de cuidados

intensivos de 2 hospitais americanos mostrar que a incidência de reanimação cardiopulmonar baixou de 49% em 1987-88, para 10% em 1992-93, sem que tenha havido alteração da mortalidade [2]. A comunicação social relata descobertas laboratoriais promissoras, nomeadamente no tratamento do cancro, como se o seu êxito fosse garantido e o seu uso clínico eminente, quando na verdade, geralmente, não passam de possíveis pistas, de possíveis pontas de uma meada enorme que há para desenrolar.

A medicina desenvolveu-se tecnologicamente e tornou-se cara. Incomportável para a maioria das pessoas e a caminho de se tornar incomportável para os estados, por mais ricos que sejam. Esta medicina tecnologicamente desenvolvida cujo objectivo é curar ou prolongar a vida é desproporcionadamente cara em relação aos seus resultados reais. Tem ainda a desvantagem de deixar de fora uma parte importante dos doentes. Aqueles para quem os objectivos têm de ser outros, porque não é possível curá-los ou prolongar-lhes a vida, mas que, contudo, sofrem. Em oncologia, cerca de 60% dos doentes dos países desenvolvidos acabam por morrer da sua doença, passando a maioria por uma fase de doença avançada, mais ou menos longa, em que não são adequados os tratamentos habitualmente usados para tratar o cancro.

Foi para dar resposta a esta situação que os cuidados paliativos surgiram nos anos 60. Mais recentemente, a sua importância foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde que os integrou no seu programa de luta contra o cancro, a par da prevenção primária, do diagnóstico precoce e do tratamento curativo [3]. No documento em que tal se reconhecia, afirmava-se que por muito tempo ainda não se disporá de medidas realmente eficazes para combater o cancro, pelo que os cuidados paliativos serão a única solução realista e humana para muitos doentes [3]. Actualmente, os cuidados paliativos encontram-se em expansão em muitos países, principalmente nos mais desenvolvidos, por haver um crescente reconhecimento da sua necessidade. Apesar de inicialmente terem como finalidade ajudar os doentes com cancro e de

ainda hoje serem estes os que mais frequentemente são tratados em cuidados paliativos, muitos doentes com SIDA e outras doenças crónicas beneficiam agora da sua intervenção.

Os princípios fundamentais da bioética - autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça [4] - devem ser observados em todos os actos médicos, mas sem os cuidados paliativos a prática da medicina não pode, em muitos casos, respeitá-los, como procurarei demonstrar a seguir.

A integração dos cuidados paliativos no sistema de saúde permitiria, além de tratar doentes que hoje em dia são frequentemente submetidos a tratamentos inadequados, racionalizar os recursos: evitando o uso de meios fúteis de tratamento por falta de alternativa; reduzindo as despesas uma vez que são cuidados mais baratos, principalmente se administrados no domicílio; evitando que os doentes recorram inapropriadamente aos serviços de urgência; libertando camas e tempos de consultas de serviços mais vocacionados para tratar outro tipo de doentes. Teriam, assim, um alcance muito mais vasto do que o definido nos seus objectivos, pelo que acrescentariam eficácia e equidade a todo o sistema de saúde e, portanto, mais justiça.

O princípio da beneficência, segundo o qual as acções médicas devem ter como intenção beneficiar o doente, é sem dúvida inerente aos cuidados paliativos. A sua origem, sucintamente mencionada atrás, teve como intenção beneficiar um grupo de pessoas que estava desprotegido. Outros movimentos reivindicam também o benefício para estes doentes, como o que defende a eutanásia. Contudo, este movimento, que não quero discutir aqui, levanta grandes problemas éticos e, mesmo que não levantasse, não vai de encontro ao desejo da esmagadora maioria dos doentes que, na realidade, não quer morrer. Muito pelo contrário, agarram-se à vida, que sabem ser limitada e com limitações, mas que lhes pode permitir ainda um contacto gratificador com as pessoas que para eles são significativas e eventualmente resolver questões importantes, para si e para os outros. Isto é assim, desde que a sua

consciência não esteja dominada pela dor ou por outro problema causador de sofrimento. Os cuidados paliativos têm meios que em muito podem contribuir para resolver esses problemas.

"Primum non nocere". O princípio da não maleficência é muitas vezes associado ao anterior. No entanto, a expressão latina separa-o e dá-lhe um lugar de destaque: acima de tudo não fazer mal. Isto é importante porque, em medicina, com a intenção de fazer o bem podem causar-se grandes males. As armas que se empregam são muitas vezes altamente agressivas, pelo que é necessário que se usem em situações em que a probabilidade de êxito seja razoável. Exemplos de êxitos pontuais não podem servir para justificar o seu emprego, porque por detrás desses êxitos raros pode estar um grande sofrimento dos muitos que não beneficiaram do procedimento. Os cuidados paliativos procuram evitar os exames e os tratamentos que não tenham em vista alcançar o seu objectivo: o bem-estar dos enfermos. Os exames e os tratamentos têm objectivos definidos e realistas, aceitando-se sempre a perspectiva de sobrevivência curta.

Em cuidados paliativos, o respeito pelos desejos, preferências e convicções dos doentes é um princípio fundamental - princípio do respeito pela autonomia. O tratamento é, na medida do possível, estabelecido de acordo com o doente. A atitude paternalista tradicional da medicina não é uma prática dos cuidados paliativos, assim como já o não é, em países, noutras áreas da medicina. Mesmo quando os doentes estão internados, procura-se, dentro do possível, respeitar os seus horários e hábitos. Contudo, é de considerar que a autonomia é um direito de todos os intervenientes. Também os profissionais de saúde são agentes autónomos que não têm de aceitar automaticamente tudo o que o doente possa requerer; esta questão prende-se também com o problema da eutanásia. Portanto, a relação entre os profissionais e os doentes deve ser a de seres autónomos que se respeitam mutuamente.

Os quatro princípios éticos fundamentais aplicam-se às relações entre os profissionais e os doentes, mas também às do sistema de saúde com os utentes. Relativamente a estas últimas, é difícil serem observados sem desenvolver os cuidados paliativos e integrá-los no sistema. Se não for assim, uma parte significativa dos doentes continuará, na prática, excluída do sistema (justiça), não terá os seus problemas resolvidos (beneficência), continuará a ser tratada com métodos inadequados, que muitas vezes só acrescentam sofrimento ao induzido pela própria doença (não maleficência) e com um sofrimento, por vezes, insuportável a sua autodeterminação está comprometida (autonomia).

Referências

1. Stjernsward J. Palliative medicine - a global perspective. Em Doyle D, Hanks G, MacDonald, eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press.1993:805-816.
2. Karlawish JHT, Hall JB. Managing death and dying in the intensive care unit. Am J Respir Crit Care Med 1997;155:1-2.
3. Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs. Organisation mondiale de la Santé, Genève 1990.
4. Cabral R. Os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Em Archer L, Biscaia J, Osswald W, eds. Editorial Verbo, 1996:53-58.