

Reflectir o Fim de Vida^[1]

Anabela Morais^[2]

Premissas

O 'sofrimento' e o 'fim de vida' são duas vivências de tal ordem de grandeza que me merecem um profundo respeito e me suscitam uma enorme humildade quando reflecto nelas. Mas é também pela dimensão da sua importância que aquelas vivências devem ser pensadas, reflectidas e discutidas.

Nós, enquanto médicos, preocupamos-nos não só em curar quem está doente, como também em tratar com amor de quem não pode ser curado. É a partir desta premissa – cuidar, com competência e amor, de quem não pode ser curado – que emergem diversas considerações e responsabilidades, que nos dizem respeito a nós enquanto médicos, enquanto família, enquanto sociedade, bem como ao próprio Estado. Em particular, não é aceitável que o Estado invista consideráveis recursos financeiros e humanos para tratar e reabilitar os que podem ser curados e reabilitados e vote ao esquecimento e ao abandono aqueles doentes em que não se perspective melhorias de saúde e que caminham, muitas vezes sós, para o fim da vida.

Novo quadro de fim de vida: morrer em solidão no hospital

É incontestável o aumento da longevidade que ocorreu nas últimas décadas do século XX e na década e meia subsequente: conseguimos um incremento de cerca de 30 anos na esperança média de vida, passando esta de 46 anos em 1900 para 79 anos em 2016. Esta situação levou a um aumento da população de idosos, assim como à prevalência das doenças crónicas incapacitantes e das doenças oncológicas. Estas doenças assumem com frequência um carácter incurável, progressivo, indutor de dependência e sofrimento, assistindo-se a um caminhar lento e penoso para o fim de vida, distinto daquele que era observado há poucas décadas atrás.

Infelizmente, este percurso dá-se essencialmente em ambiente hospitalar, de tal forma que, segundo o INE, 60% dos óbitos verificados no nosso país em 2011 ocorreram no hospital, contrariando claramente as preferências do local de morte dos portugueses.

Este morrer no hospital encontrou o sistema de saúde impreparado, quer do ponto vista físico, quer organizacional. Impreparados estão também os profissionais de saúde, incapazes de aceitar afectiva e cognitivamente a morte, incapazes de lidar de forma adequada com o fim de vida.

Como é que nós lidamos com o fim de vida e com a morte?

Todos nós afirmamos saber que um dia vamos morrer. Contudo, vivemos e comportamo-nos como se tal não fosse verdade e a morte não fosse real. Isto é particularmente acintoso entre os profissionais de saúde, que olham a morte como um fracasso, uma derrota. Por impreparação pré e pós-graduada, não há uma cultura médica de aceitação da morte. Igualmente, a cultura social corrobora a ilusão da imortalidade. Em suma, na sociedade desenvolveu-se uma cultura transversal de expectativa de superação da morte, a qual está fortemente associada aos apreciáveis desenvolvimentos tecnológicos e científicos. Contudo, a morte não é uma possibilidade, é uma certeza. É igualmente

verdadeiro que é fundamental ajudar à aceitação deste facto, para que haja uma boa morte e se viva uma boa vida.

O papel do médico no fim de vida é de uma responsabilidade e de uma grandeza enorme. Pela conduta adequada, o médico pode e deve ser eco de esperança das pessoas em fim de vida; pode e deve desenvolver uma abordagem integral do doente enquanto pessoa, permitindo-lhe viver saudavelmente a vida até ao dia da morte. Ora, é neste contexto de aceitação da morte e de preocupação em promover o bem-estar, o conforto e a dignidade até ao último dia da vida que surgem os 'cuidados paliativos'. A qualidade de vida, o conforto e até a sobrevivência do doente terminal melhoram significativamente com os instrumentos básicos dos cuidados paliativos.

Da qualidade de vida e da relação médico-doente

Mas o que é 'qualidade de vida'? É um conceito abstracto e de aplicação variável, usado em diferentes situações da nossa vida pessoal, social e até mesmo política; possui um carácter subjectivo e distinto de pessoa para pessoa. Por exemplo, segundo Robert Twycross, "qualidade de vida é aquilo que cada um entende como tal". Para Sánchez González "a qualidade de vida avalia-se segundo a medida de satisfação das expectativas e das finalidades vitais reconhecidas". Assim, a noção de qualidade de vida parece carecer de substrato e torna-se difícil a sua apreciação.

Para lá de toda a dificuldade de rigor conceptual, a qualidade de vida é um dos objectivos finais da intervenção em cuidados paliativos e para conhecer as expectativas e finalidades vitais do doente é necessário que o médico estabeleça e consolide com este uma relação profissional, sadia e profícua. Esta relação médico-doente alicerça-se em princípios fundamentais da bioética, de entre os quais realçamos os três seguintes: o princípio da beneficência-não maleficência, o princípio da autonomia e o princípio da justiça.

Reflexões finais

Teçamos, por fim, algumas notas sobre os conceitos básicos da autonomia pessoal e do direito individual.

A autonomia pessoal nunca é absoluta. Para ser realmente autónomo, o homem tem de observar as condições seguintes: em primeiro lugar, ser livre (ninguém que esteja em sofrimento é verdadeiramente livre); em segundo lugar, ser não-dependente (quem é dependente de terceiros não é realmente livre); em terceiro lugar, estar informado e ser capaz de perceber a informação. Só após cumpridos estes três requisitos se pode julgar que alguém usufrui de plena autonomia.

Sobre o direito do indivíduo às suas decisões vitais (e não há nada mais vital do que a vida e o combate da morte) há a dizer, antes de mais, que o direito à nossa vida e o alegado direito à nossa morte é algo que ultrapassa o nosso direito individual, pois são factos que se interligam com o direito de outros, muito em particular daqueles que de forma directa e afectiva a nós estão ligados.

O direito à vida é um direito inviolável, mas, ao longo dos séculos, o homem tem lidado com esta premissa recorrendo a alguma hipocrisia (p. ex. permitindo a execução de presos, aceitando que a guerra cause vítimas inocentes). O que não invalida que este seja um princípio incontestável e universalmente aceite, embora nos deva incomodar o facto de que nem sempre somos capazes de cumprir o que é aceite por todos.

O direito à morte é um conceito que, para além de ser abstracto, é absurdo. Nós não temos direito à morte, temos o dever de aceitar a morte, assim como temos o dever de viver, de uma forma plena e digna, a vida que nos foi concedida e da qual, não sendo donos, somos usufrutuários. São duas obrigações absolutas, inerentes à nossa existência e sobre as quais não temos nenhum direito individual.

Neste processo é dever do médico defender e respeitar inequivocamente a vida humana, estar preparado para acompanhar o doente em fim de vida, desdramatizando a morte, permitindo ao doente viver “saudavelmente” até ao fim da vida, numa atitude de competência, honestidade, compaixão e benevolência.

BIBLIOGRAFIA

1. Higginson IJ. Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*. 2001;322(Quality of life):1297–300.
2. Ferreira PL, Pinto AB. Medir qualidade de vida em cuidados paliativos. *Acta Med Port*. 2008;21:111–24.
3. I.G.Netto AB. Manual de Cuidados Paliativos. 1ª Ed, Out. Antonio Barbosa IGN, editor. Lisboa: Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa; 2006. 511 .
4. Walter Osswald, Sobre a Morte e o Morrer, Fundação FMS e WO, Maio de 2013
5. António Barbosa, Pensar a Morte nos cuidados de saúde, volume XXXVIII(160), 2003, pág35-49
6. Craig D. Blinderman e al. Comfort Care for Patients Dying in the Hospital, *NEJM*,, December 2015, pág. 2549-2561

[1] Versão escrita da comunicação apresentada no Pequeno Auditório do Teatro de Vila Real, Vila Real, 2 de Junho de 2016, no âmbito da Sessão de Esclarecimento “Eutanásia: de que falamos?”. Esta sessão foi promovida pelo Núcleo de Vila Real da Associação dos Médicos Católicos Portugueses. Este núcleo regional da AMCP celebrou, assim, o seu segundo aniversário.

[2] Médica Coordenadora da Equipa Hospitalar de Cuidados Paliativos, CHTMAD, Vila Real, Telef: 259300500 (extensão: 5064)