



Aspectos Éticos do Final de Vida em Cuidados Paliativos

Milena Isabel Lopes Piedade

Enfermeira Graduada

Licenciada em Enfermagem

Pós-graduação em Cuidados Paliativos

Hospital de S. José

Neurocirurgia 1, Bloco operatório

“A responsabilidade fundamental do enfermeiro é quadripartida: promover a saúde, prevenir a doença, restabelecer a saúde e **aliviar o sofrimento**.”

(...) Inerente à enfermagem está o respeito pela vida, pela dignidade e pelos direitos do homem (...)”

(Code for Nurses: Ethical Concepts Applied To Nursing (ICN 1973)
Citado por THOMPSON, MELIA E BOYD 2004, 6)

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos o principal objectivo dos serviços de saúde tem sido a cura de doenças. Assim, a incurabilidade e a realidade inevitável da morte têm sido encaradas como um fracasso.

Os esforços para a manutenção da vida impulsionaram as pesquisas na área da saúde, o que resultou nos avanços da prática dos profissionais de saúde e no aumento dos recursos tecnológicos. No entanto, para além de terem contribuído para uma melhoria da saúde da população também provocaram profundas transformações no campo das decisões éticas que conduzem a conduta dos profissionais de saúde. Isto é particularmente significativo na área dos cuidados paliativos, uma vez que existe em Portugal um elevado número de doentes que são portadores de doenças progressivas e incuráveis, doentes estes que não só por questões profissionais como por questões éticas exigem competências de decisão por parte dos profissionais de saúde sustentadas quer em princípios científicos quer em princípios éticos.

1. OS CUIDADOS EM FIM DE VIDA

Quando se fala de fim de vida associamos a diferentes situações como o envelhecimento, a eutanásia, a morte ou ainda aos cuidados paliativos.

Cuidados paliativos são os cuidados prestados a um doente numa situação de doença irreversível ou fase terminal, onde a cura já não é possível, daí serem muitas vezes denominados de cuidados de acompanhamento (Pacheco 2004). Estes cuidados têm como principais objectivos:

- a) "(...) *diminuir a dor e o desconforto* (...)"; pretende-se com este objectivo através de uma tentativa do domínio do sofrimento, a melhoria da qualidade da última fase da vida dos doentes terminais;
- b) "(...) *prolongar a vida* (...)"; no entanto as intervenções que tenham em vista este objectivo devem estar dependentes das possibilidades de autonomia, dignidade e grau de sofrimento da pessoa a quem se dirigem;
- c) "(...) *tratar os doentes segundo os seus próprios desejos, a sua cultura e os seus valores* (...)"; relativamente a este objectivo deve-se-á ter sempre presente que qualquer intervenção deverá ter em conta o consentimento informado do doente, dependendo dos interesses, e o modo de pensar e agir da pessoa doente;
- d) "(...) *tentar enquadrar os doentes no seu modo de viver, segundo os seus afectos e a sua vontade* (...)"; para alcançar este objectivo o meio familiar habitual é o local indicado. Por meio de visitas domiciliárias, apoio nos hospitais dia ou consultas especializadas os profissionais de saúde desempenham o papel de acompanhar, ensinar, orientar e apoiar a família bem como prestar os cuidados básicos necessários ao doente (Santos (1996; 358) cita Raposo 1992, Reys 1993, Serrão 1990, Wanzer [at. al], 1984, Weir 1986 e Wilson [at. al] 1992).

Face à realidade actual de uma população envelhecida e do elevado número de pessoas portadoras de doenças crónicas, seropositividade, e doenças oncológicas (Cordeiro, Silva e Sarmento 1996) bem como todos os défices e limitações que daí advêm os cuidados paliativos são a área de intervenção considerada como prioritária pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

"Os cuidados paliativos estão reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde que requer apoio qualificado, como uma necessidade em termos de saúde pública, como um imperativo ético que promove os direitos fundamentais e como uma obrigação social (...)" (Direcção Geral de Saúde 2004;1).

O Conselho da Europa no âmbito dos cuidados paliativos recomenda a promoção e protecção da dignidade do doente na fase final da vida, com base em três princípios fundamentais:

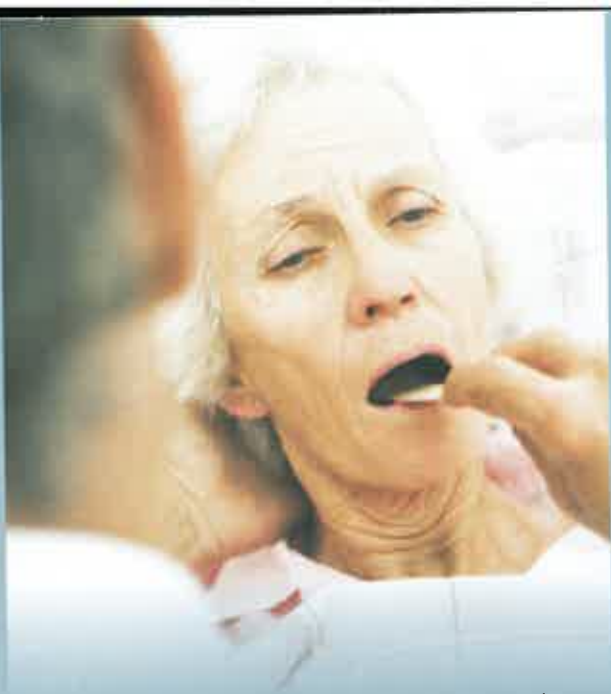
- a) Consagrar e defender o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida a uma gama completa de cuidados paliativos;
- b) Proteger o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida à sua própria escolha;
- c) Manter a interdição absoluta de, intencionalmente, se pôr fim à vida dos doentes incuráveis e na fase final da vida. (Direcção Geral de Saúde 2004;3 cita o Conselho Nacional da Saúde).

Após uma análise mais cuidada destes três princípios verifica-se que estes comportam os direitos do doente em fim de vida, como o direito: a receber cuidados; à autonomia, identidade e dignidade; ao apoio personalizado, ao alívio do sofrimento; a ser informado e a recusar tratamentos

Ao cuidar da pessoa em fase terminal o enfermeiro deverá ter a sensibilidade de compreender as exigências deste cuidar. Para cuidar na verdadeira essência da palavra este deve ter em conta todas as vertentes, não só a nível técnico-científico mas essencialmente a nível relacional e humano. A proximidade existente entre o doente terminal e o enfermeiro dá ao enfermeiro uma posição privilegiada. É o enfermeiro que mais facilmente detecta as necessidades do doente e a quem é pedido que o defenda, proteja e ajude a manter a autonomia. O Código Deontológico do Enfermeiro dedica o artigo 87 especificamente aos deveres subordinados ao respeito pelo doente terminal. Neste código pode-se ler que o enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de:

- a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida;
- b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- c) respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte. (Ordem dos enfermeiros 2003;91).





Apesar de toda a legislação e conhecimentos na área dos cuidados paliativos a mentalidade dos profissionais de saúde, virada para o curar, necessita ser mudada bem como as suas atitudes, de modo a possibilitar a humanização desta fase tão única e singular na vida de uma pessoa.

As atitudes dos profissionais de saúde face ao doente terminal nem sempre são as mais adequadas, sendo as mais notadas a marginalização, a obstinação terapêutica e a prática da eutanásia (Santos 1996).

A marginalização destas pessoas vê-se, quando por exemplo, se opta por colocá-las em salas isoladas alegando razões de incomodidade ou insegurança dos outros doentes. A obstinação terapêutica é outra das atitudes que provoca sofrimentos desnecessários e gratuitos que acontece sempre que a intervenção apresente alta probabilidade de não promoção de uma vida autónoma e consciente da pessoa em fim de vida. Os cuidados entram no campo da Futilidade Diagnóstica e Terapêutica, se os "*procedimentos diagnósticos e terapêuticos são desadequados e inúteis face à situação evolutiva e irreversível da doença e que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família*" (Direcção Geral de Saúde 2004). Ao entrar neste campo há um desrespeito pelos direitos do doente. Para Thompson [at. al] (2004), isto deve-se muitas vezes à ambiguidade do termo tratamento que pode englobar todas as intervenções médicas e formas de cuidados de enfermagem, por isso é importante clarificar o conceito no contexto dos cuidados paliativos, uma vez que existem diferenças éticas importantes entre a justificação para as medidas terapêuticas e para cuidados paliativos. Um mesmo tratamento dependendo das situações tem objectivos e resultados diferentes. Ainda segundo o mesmo autor se o doente é um adulto independente e portador de todas as suas capacidades, este pode estabelecer um contrato de tratamento com a equipe de cuidados, o que facilita a resolução de muitos dos dilemas éticos com que os profissionais se confrontam diariamente. No entanto os doentes têm diversos graus de competência, para a tomada de decisões, que dependem da gravidade da doença, lesão de que

padecem ou do estágio da doença em que se encontram. Estes estão assim dependentes de outros para protegerem os seus direitos e dignidade, como os seus familiares.

A terceira atitude inadequada segundo Santos (1996) é a prática da eutanásia ainda que com a finalidade desesperada de evitar o sofrimento. Sabemos que o sofrimento e a dor são realidades presentes no fim de vida, as quais se tentam minar de todas as formas que nos são possíveis. No entanto "*(...) há que respeitar o direito sagrado da vida humana...*" e "*(...) o direito à autodeterminação pessoal do paciente face à morte...*" (Foltzik 1992 citado por Borges 1996;365).

Vários conceitos giram em torno da questão da eutanásia, começando pelo de eutanásia activa, esta dá-se quando "*se intervém fisicamente administrando substâncias com a intenção de causar a morte*". Há ainda o suicídio assistido mas neste caso "*a provocação da morte está nas mãos do paciente*". Se através da administração de medicação com a finalidade de diminuir a dor e tranquilizar o doente indirectamente se diminuir o tempo de vida deste estamos em presença da eutanásia indirecta. Denomina-se eutanásia passiva se há interrupção ou omissão de intervenções que prolonguem a vida. Na eutanásia indirecta e passiva a finalidade é o alívio da dor, com o consentimento do doente e "*há fortes probabilidades de se estar perante a morte*".

Nos últimos anos a questão da eutanásia tem gerado muita controversa do ponto de vista ético. No entanto o autor supra citado diz-nos que há consenso relativamente a alguns princípios fundamentais: assim a eutanásia activa forçada deve ser absolutamente condenável, por outro lado a eutanásia indirecta é aceite por filósofos, moralistas, juristas e até mesmo teólogos, uma vez que aqui estaríamos em presença de uma situação do princípio do duplo efeito.

Dada a complexa realidade que envolve os cuidados paliativos, muitas questões nos são colocadas diariamente no que concerne à conduta a adoptar em cada situação, em cada doente e em cada família. Se tivermos presentes os princípios éticos, estes podem ajudar-nos a reflectir sobre as responsabilidades éticas do cuidar dando ênfase ao doente e guiar-nos no bem agir.

1.1. Os princípios éticos fundamentais em cuidados de saúde

A abordagem da fase final da vida tem sido encarada, pelos enfermeiros como perturbadora e com a qual é difícil lidar. É exigido aos enfermeiros a prestação diferenciada de cuidados a doentes em fase avançada de doença incurável e com grande sofrimento.

A complexidade do sofrimento e a combinação de factores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida, obrigam a que na sua abordagem estejam presentes os princípios éticos que devem ser considerados no processo de tomada de decisão, entre diferentes opções, no âmbito dos cuidados paliativos.

Thompson [at. al] (2004;21) fala-nos em princípios no contexto dos cuidados de saúde como: o Princípio do respeito pelas pessoas; o Princípio da justiça; o Princípio da beneficência. Sendo que segundo Cabral (1996;53), "cada um dos referidos princípios formula a exigência de respeito por determinados valores: a autonomia ou liberdade das pessoas (...), o seu bem-estar, a igualdade ou a imparcialidade".

a) Princípio do respeito pelas pessoas

Este princípio consiste no: "*Dever de respeitar os direitos, a autonomia e a dignidade de outras pessoas; Dever de promover o seu bem-estar e autonomia; Dever de autenticidade, honestidade e sinceridade, pois a falsidade é desonrosa*" (Thompson [at. al] 2004:21).

O princípio da autonomia determina o respeito pelas escolhas e decisões das pessoas que sejam verdadeiramente autónomas ou livres. E o "*agir autónomo é aquele que implica intencionalidade, compreensão e ausência de influências que o determinem*" (Cabral 1996:53 e 54).

Quando se fala do doente terminal estes princípios ganham um sentido especial. Nesta última fase da vida o doente deve ser encarado como participante activo nas tomadas de decisão relativamente aos tratamentos a que irá ser submetido, tendo a possibilidade de escolher como quer viver o seu processo de morrer (Ribeiro, 1998).

b) Princípio da justiça

Este princípio no entender de Thompson [at. al] (2004,21) comporta o "*Dever de justiça universal e da equidade; Dever de tratar as pessoas como fins em si mesmas e nunca simplesmente como um meio para atingir um fim; Dever de evitar discriminação, abuso ou exploração das pessoas com base na raça, idade, sexo, classe, género ou religião*".

Segundo este princípio todos os seres humanos têm igual dignidade merecendo igual consideração e respeito (Santos 1998). No entanto, este é um princípio que estando ligado à justiça distributiva, levanta muitas questões no contexto de saúde uma vez que os recursos são escassos e limitados (Cabral 1996).

c) Princípio da beneficência

Os princípios da beneficência e da não-maleficência estão intimamente ligados pelo que deverão ser ponderados em conjunto. Por outro lado o princípio da não-maleficência está ligado ao chamado «princípio de duplo efeito» em que em determinadas situações é legítimo realizar acções das quais resulta um efeito mau sendo este tolerável face ao efeito pretendido que será bom (Cabral 1996).

Consiste no "*Dever de fazer bem e de evitar prejudicar outros; Dever de cuidar, de proteger os fracos e vulneráveis; Dever de advogar, defendendo os direitos dos que são incapazes ou temporariamente inaptos para se defenderem (...)*" (Thompson [at. al] 2004,21).

Ainda relativamente aos princípios atrás apontados Garcia citado por Santos (1998:2) enquadra-os em dois níveis:

Nível I:

Que engloba os direitos da não-maleficência e da justiça. É composto por princípios que são de lei e de direito ou seja um nível composto pelos mínimos éticos.

Nível II:

Que faz referência aos princípios da autonomia e da beneficência. Denominam este nível como a ética dos máximos, ou seja são princípios que dizem o que cada um pode fazer ou não fazer livremente.

Todos os princípios éticos têm limitações, eles possuem a base em que nos deveremos apoiar, no entanto não nos fornecem os critérios que possam orientar as escolhas em cada situação (Cabral 1996).

1.2. Alguns dilemas éticos em cuidados paliativos

Dada a complexidade e multiplicidade de situações que se vivem na prática de cuidados ao doente em fim de vida e após a análise destes princípios pode-se compreender que muitas são as questões sem resposta que se transformam em dilemas éticos. As situações de fase terminal comportam sempre uma panóplia de sentimentos, dúvidas, sofrimento, medo, perda, revolta tanto para o doente e família como para a equipa de saúde, com os quais nem sempre se consegue lidar.

Relativamente à pessoa em estado terminal Santos (1996:355) refere que actualmente é possível "*facultar a estes doentes um prolongamento da vida e uma diminuição do seu sofrimento*". Neste contexto muitas são as questões éticas, que se levantam, no entanto além de serem historicamente recentes, "para a maior parte destas interrogações não existem respostas definitivas e universalmente aceites".

Os princípios éticos no contexto de saúde e de modo particular no fim de vida têm muitas vezes uma relação de tensão, podendo colidir uns com os outros e neste sentido parece-me importante fazer uma reflexão assente em três grandes questões, são elas:

1. Que princípios éticos deverão ter primazia em detrimento de outros?

2. O consentimento para o tratamento deverá ser devidamente informado ou deveremos estabelecer limites? A verdade deverá ser comunicada na íntegra e frontalmente?

3. Quando é que já não se justificam as medidas terapêuticas e é o momento de dar conforto?

Relativamente à primeira questão: Que princípios éticos deverão ter primazia em detrimento de outros?

Cabral (1996:56) refere que "*nos últimos tempos, tem vindo a aumentar a importância dada (...) à autonomia, a qual se considera ser um «bem» (...) primordial do paciente*".

O grau de autonomia é proporcional à transmissão de informação. Em situações de doença crónica em que mais se questiona o tratamento, o grau de exigência da autonomia é maior, por outro lado em situações agudas em que o tratamento é mais eficaz, essa autonomia é menos preterida, dando aí primazia ao princípio da beneficência (Santos 1998). No contexto dos cuidados paliativos os cuidados prestados têm como finalidade promover o máximo de qualidade no fim de vida. Sendo a qualidade de vida um conceito pragmático que representa o nível funcional individual, medido a partir da percepção do doente (Ribeiro, 1998), torna-se imperativo que a autonomia deste, seja sempre respeitada.

O consentimento para o tratamento deverá ser devidamente informado ou deveremos estabelecer limites? A verdade deverá ser comunicada na íntegra e frontalmente?

Mais do que à informação exigida pelo consentimento informado, tem vindo progressivamente a ser dada importância à compreensão da mesma, às situações em que pode ocorrer a não aceitação dessa informação ou simplesmente a recusa de ser informado (Cabral 1996).

Relativamente ao doente oncológico no nosso país defende-se que a verdade deverá ser dita de modo progressivo, tendo em conta a oportunidade própria e o modo que dependem da sensibilidade do médico, do doente e da qualidade da comunicação entre eles. No entanto respeitar o doente é essencial, pelo que é inaceitável mentir devendo dizer-se a verdade na

medida em que o doente o solicite ou vá estando preparado para tomar conhecimento da sua situação de doença (Santos 1996).

Quando é que já não se justificam as medidas terapêuticas e é o momento de dar conforto?

Na fase terminal muitas vezes não é perceptível se o doente está a morrer ou se ainda é possível salvar-lhe a vida. Se devemos continuar com os tratamentos ou se deveremos preocupar-nos em dar conforto.

Esta é uma questão que gera muitos conflitos no seio da equipa de saúde que presta cuidados ao doente terminal, especialmente entre médicos e enfermeiros. Isto deve-se essencialmente às diferenças de funções e ao entendimento que cada um tem do seu papel relativamente ao doente com uma doença grave. Para o médico é muitas vezes difícil decidir em que momento deve mudar as medidas terapêuticas para as paliativas, correndo o risco de poder ser acusado de negligência. Por outro lado os enfermeiros ao terem que lidar com o sofrimento dos doentes e seus familiares pensam constantemente em dar conforto. Aqui surge o dilema sobre a necessidade de dar medicação para alívio da dor ou de aguardar mais algum tempo (Thompson [et. al] 2004).

Existe um conjunto de características do doente que nos permite definir a fase terminal, como: a deterioração evidente e progressiva do estado físico e diminuição do nível de consciência, dificuldade na deglutição, falência de múltiplos órgãos (...). Neste contexto é necessária uma reavaliação dos objectivos terapêuticos e redefinição do plano de actuação, que se prende muitas vezes em parar os tratamentos inadequados. Estas decisões devem ser tomadas em equipa, reduzindo assim as dúvidas ou tensões eventuais (Neto 1999).

Aponte estas situações como dilemas, uma vez que não existe forma de saber qual a melhor atitude a ter.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A simples coexistência coloca a questão da necessidade de cumprir normas. É por isso que nas nossas decisões temos em conta valores, princípios ou normas de conduta.

Na área dos Cuidados Paliativos quotidianamente somos confrontados com situações em que temos que decidir sobre coisas que interferem na liberdade de outros.

Há situações-limite em que revelamos profundas dúvidas sobre a opção mais correcta a tomar. Estão neste caso as situações que envolvem dilemas de difícil resolução. No entanto o bom-senso, uma boa comunicação, ter em conta os objectivos dos cuidados ao doente terminal, conhecer os desejos do doente e manter uma boa relação de equipa poderá levar a encontrar a luz face a estes dilemas.

Os princípios são linhas orientadoras onde deveremos basear as decisões para o bem agir. No entanto deveremos ter em conta as suas limitações, pelo que enquanto profissionais de saúde deveremos aprimorar constantemente a nossa consciência ética profissional.

"(...) a base do comportamento ético objectivo exige sempre competência teórico-prática actualizada, para adultamente pensar nas alternativas possíveis para ver com verdade, julgar com discernimento, avaliar com justiça, decidir com justeza, agir com ponderação, vigilante para cuidar científica, técnica e pedagogicamente de modo adequado a cada pessoa situada e necessitada.

A autêntica competência, para além da suposta preparação científica, técnica e ética, exige ainda bom-senso, o que implica maturidade cultural, afectividade integrada e afectiva capacidade relacional para poder empaticamente auxiliar as pessoas carentes a aceitar os próprios limites e a desenvolver as capacidades disponíveis e latentes, promovendo a liberdade e a correspondente responsabilidade, na busca da possível qualidade de vida dos utentes num determinado contexto" (Domingues 1996;71).

Ao cuidar do doente terminal deveremos ter sempre como objectivo máximo. Promover a qualidade com vista a **HUMANIZAR O FIM DE VIDA.**

*Realizado no âmbito do Mestrado em enfermagem - 2ª edição
Prof. responsáveis: Dr Michel Renaud e Drª Isabel Renaud

Referências Bibliográficas

- BORGES, Anselmo - Morrer dignamente. A abordagem terapêutica - In ARCHER, Luis, BISCAIA, Jorge, OSSWALD, Walter - Bioética, 1ª ed. Lisboa Editorial verbo, 1996, p. 363 a 368
- CABRAL, Roque - Fundamentos éticos - In ARCHER, Luis, BISCAIA, Jorge, OSSWALD, Walter - Bioética, 1ª ed. Lisboa Editorial verbo, 1996, p. 63
- CORDEIRO, Roberto, SILVA, Cardoso, SARMENTO, António - Algumas situações específicas - In ARCHER, Luis, BISCAIA, Jorge, OSSWALD, Walter - Bioética, 1ª ed. Lisboa Editorial verbo, 1996, p. 298 a 313
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, Circular normativa n.º 14/DGDS de 13/07/04, Programa Nacional de Cuidados Paliativos - aceso em (21/12/05), disponível em http://www.gn.unl.pt/cv/pt_PT/pdf/tw_pt_pt_pnac_cuid_pal_04.pdf
- DOMINGUES, Frei Bernardo - Informação verdadeira, liberdade e influências - In ARCHER, Luis, BISCAIA, Jorge, OSSWALD, Walter - Bioética, 1ª ed. Lisboa Editorial verbo, 1996, p. 70 a 78
- NETO, Isabel Galvão, FORTALE, J. Luís - Dor e Cuidados Paliativos - Lisboa: Permenyer Portugal, 1999, 75p
- ORDEN DOS ENFERMEIROS - Artigo 87.º - Do respeito pelo doente terminal - in Código Deontológico do Enfermeiro - anotações e comentários, ed. Ordem dos enfermeiros, 2003, p. 91 a 97
- PACHECO, Susana - Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética - 1ª ed. Loures, Lusocência, 2002, 152p
- RIBEIRO, José Luís Pais - Psicologia e saúde - Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1998
- SANTOS, Laureano - A pessoa no estado terminal, A verdade comunicada ao doente - In ARCHER, Luis, BISCAIA, Jorge, OSSWALD, Walter - Bioética, 1ª ed. Lisboa Editorial verbo, 1996, p. 355 a 362
- SANTOS, Manuel Nova - Cuidados Paliativos Y Bioética in Cuadernos de Bioética, vol. IX, nº 34, 2ª. (Abril-Junio 1998), p. 304 a 321
- SERRÃO, Daniel - Pensar sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o fim de vida (11/05/05) - aceso em (20/12/05), disponível em <http://www.enecey.gov.pt>
- THOMPSON, Ian E, MELIA, Kath M, BOYD, Kenneth M - A decisão entre cuidados terapêuticos e cuidados paliativos in Ética em enfermagem, 4ª ed. Loures, Lusocência, 2004, p. 173 a 179
- THOMPSON, Ian E, MELIA, Kath M, BOYD, Kenneth M - Princípios éticos fundamentais no contexto dos cuidados de saúde in Ética em enfermagem, 4ª ed. Loures, Lusocência, 2004, p. 21