

Sufrimento e dor em cuidados paliativos: reflexões éticas

Otávio Marambaia dos Santos

Resumo Os avanços tecnológicos associados à medicina levam os médicos a terem como meta incansável vencer a doença e prolongar a vida. Contudo, para os pacientes sem possibilidade de cura, prolonga-se o sofrimento e o processo de morrer. Os cuidados paliativos destinam-se aos pacientes cuja enfermidade não mais responde ao tratamento, tendo como prioridade melhorar sua qualidade de vida mediante alívio da dor física e sofrimentos psicológicos, sociais e espirituais. Para a introdução deste conceito discute-se a mudança de paradigmas na formação dos profissionais de saúde, que representam nova visão da vida, da morte e do atendimento médico, sobrepondo-se o cuidar ao curar, quando isto não for mais possível. No estágio final da vida dos pacientes terminais busca-se manter digna e confortável a existência destes, até o último momento, tendo como pilares o atendimento multidisciplinar e o respeito à autonomia, integridade e dignidade do paciente.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Dor. Direito a morrer. Células-tronco.



Otávio Marambaia dos Santos

Médico pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, professor de Otorrinolaringologia, doutorando pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/CFM, conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Creneb), Salvador, Bahia, Brasil

Todos os indicadores mostram acentuada melhoria da longevidade humana. De uma expectativa de vida de até 40 anos, no início do século XX, chega-se hoje, nos países desenvolvidos, a algo em torno dos 80 anos. A melhoria das condições de vida, o formidável progresso da ciência médica – com suas novas tecnologias preventivas e curativas – e o acelerado desenvolvimento das terapias medicamentosas e intervencionistas têm tornado quase *impossível* o morrer¹. No entanto, sabemos, a morte é inexorável.

A ideia de poder postergar a morte faz com que os pacientes e profissionais de saúde não compreendam e aceitem essa realidade, tornando mais difícil o participar, compreender e percorrer os diversos estágios do processo de morrer. Malgrado todo o progresso e o aumento da longevidade, dois fatores, isoladamente ou em conjunto, atuam para nos conduzir à morte: a doença e o tempo. Viver mais nos expõe à ação devastadora do tempo; conduz à fragilização e facilita o trabalho das doenças. Unidos, tempo e doença levam à morte mais rapidamente.

O viver mais e as novas tecnologias modificaram sobremaneira o papel dos hospitais. No mundo lusófono, por exemplo, a instituição que mais demonstra isto são as Santas Casas de Misericórdia¹, criação da rainha Leonor em terras portuguesas no continente e além-mar – no Brasil, Macau e Goa. Apiedada com o sofrimento dos pobres, que, como diz popular ditado brasileiro, *são tão pobres que não têm onde morrer*, a rainha decidiu criar esses hospitais no final do século XV. Hoje, essas instituições seguem o moderno modelo hospitalar, embora no Brasil ainda se dediquem ao atendimento dos mais carentes.

Na época do surgimento dessas instituições o hospital era o lugar onde se ia para morrer. E essencialmente reproduzia o viés social do contexto no qual estava inserido: ricos morriam em casa e pobres, nos asilos piedosos. O hospital representava, ainda, a exclusão social e o preconceito, porque os doentes pobres deveriam ser separados, evitando-se, assim, a propagação das doenças, mesmo que não propagáveis. No interregno entre a fundação dessas instituições e o momento hodierno, profundas e radicais mudanças alteraram o papel desses hospitais. Na atualidade, todas as fases da vida, do nascer ao morrer, são objetos das práticas desenvolvidas nesse tipo de instituição. Atualmente, procura-se o hospital para prevenir, curar, modificar-se esteticamente e, até, para se obter *status* social: nele se vê toda a sociedade, representada nos seus mais variados aspectos – dos mais belos aos mais terríveis.

Apesar das mudanças ocorridas no papel dos hospitais, no Brasil o viés social ainda persiste pela existência de hospitais luxuosos, autênticas *grifes*, frequentados pelos ricos, e pelas instalações geralmente mais modestas, mas às vezes no mesmo prédio, que marcam a separação entre ricos e pobres – a esses são dedicadas enfermarias mais simples e menos aparelhadas; aos primeiros, as suítes e apartamentos privativos e sofisticados.

A melhoria da eficiência dos meios terapêuticos e a contínua busca por mecanismos de cura e tecnologia de sustentação da vida têm colocado pacientes, sem condições de sucesso em seus tratamentos, numa situação de limbo: sem possibilidade de cura têm seu processo de morrer paralisado ou estendido de modo exagerado, o que gera situações de sofrimento contínuo². Criou-se um autêntico *tour de force*: de um lado, profissionais médicos usando medidas heróicas e por vezes inúteis; de outro, pacientes exauridos em suas expectativas e seguramente sofrendo, *per se*, e fazendo sofrer aos que o cercam.

No Brasil, pelo menos duas tentativas de ordem legal e ética foram propostas para estabelecer limites a essa situação de obstinação terapêutica. No Estado de São Paulo a denominada *Lei Covas*, sancionada pelo governador Mario Covas, ele mesmo vítima de câncer – aparentemente já pensando em si –, proibiu por meio deste documento legal a insistência do tratamento obstinado em pacientes sem perspectivas de cura ou em condição terminal³. O outro documento é a Resolução 1.805/06 do Conselho Federal de Medicina

(CFM) ⁴, que em sua ementa diz: *Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.*

Objeto de contestação e discussão jurídica, a resolução foi levada aos tribunais e, recentemente, teve decisão favorável e definitiva da Justiça, estando plenamente em vigor. É importante e salutar conhecermos a decisão exarada na sentença final do Processo 2007.34.00.014809-3 da Justiça Federal do Brasil (*anexa ao final*) ⁵. Mais recentemente, o novo Código de Ética Médica (CEM) estabeleceu no parágrafo único do art. 41 que: *Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal* ⁶.

Traçou-se, assim, a fronteira para coibir a obstinação terapêutica dos médicos em pacientes terminais, vedando ações que se no mais das vezes não representam qualquer possibilidade de reversão do quadro de doença ou cura podem produzir mais sofrimento para o doente e seus entes queridos. A introdução do conceito de cuidados paliativos para os pacientes cuja possibilidade de cura ou controle da doença não seja possível en-

seja não apenas mudanças legais, mas de paradigmas na formação dos médicos e na dos demais profissionais de saúde ⁷. E não apenas destes, mas, principalmente, nos que, já atuantes, precisam entender as novas abordagens e posturas éticas para os pacientes nesta situação.

Buscando estimular uma reflexão essencial aos profissionais de saúde e, especificamente, à classe médica, serão abordados a origem e os conceitos dos cuidados paliativos, além do estágio atual em que se encontra este tema no Brasil. O manejo do paciente em sofrimento e sob cuidados paliativos será o objeto central do presente artigo.

Cuidados paliativos: do que se trata?

A partir da transformação dos hospitais em estruturas ao redor das quais transita a vida humana, mormente nas grandes cidades, onde, diferentemente do passado, se vai à busca da cura e não da morte, criou-se a ideia quase mítica de que esses espaços têm condições de livrar o ser humano do seu inescapável destino. Num evidente paradoxo, ninguém aceita e não se morre mais em casa nos dias hodiernos.

A própria arquitetura das cidades, com seus prédios altíssimos, não facilita a eventual circulação do cadáver de um morto por suas dependências. Em paralelo, o cuidar de um doente crônico demanda tempo e disponibilidade que, pelas *dificuldades* da vida moderna, faz com que as famílias transfiram esses

cuidados para os hospitais. Morre-se nos hospitais, mas espera-se que tal não ocorra, pois nessas novas *cathedrais* concentra-se o arsenal tecnológico e medicamentoso necessário para evitá-la ⁸.

Uma contribuição a mais para a consolidação deste mito é que, desde a criação das unidades de tratamento intensivo (UTI), a luta dos médicos e outros profissionais de saúde ganhou um espaço físico no qual se concentram de modo empedernido no combate às doenças. Vencer a doença e impedir o seu êxito letal é o marco regulatório da equipe de saúde. Tal obstinação leva a uma dissociação entre o doente (a pessoa) e o mal que o aflige. De tal sorte que, ao intentar tratar a doença, tem-se esquecido de refletir sobre a pessoa, o indivíduo – ser único – sobre o qual se abate a enfermidade. No afã de curar, esquece-se do cuidar!

Visando modificar esses parâmetros, promover uma medicina do cuidar e dar suporte digno aos pacientes portadores de doenças de curso inexorável, incuráveis e/ou terminais, cristalizou-se em diversos lugares do mundo a visão do *hospice*, cujo exemplo mais referenciado e modelar é o trabalho iniciado no *Saint Christopher's Hospice*, em Londres, pela dra. Cicely Saunders, em 1967.

A introdução da medicina baseada em evidências ajuda a evitar os tratamentos fúteis, construindo índices de desempenho que demonstrem a falência progressiva e múltipla dos órgãos, validando ou não investimentos terapêuticos nos pacientes sob tal condi-

ção – acoplados aos critérios propostos por Saunders ⁹: qualidade de cuidados para o paciente e família; variedade de serviços prestados ao paciente, seja em casa ou no hospital; ações baseadas em evidências; pesquisa e avaliação.

A medicina paliativista, ainda segundo Saunders ⁹, deve ter como pilares o atendimento multidisciplinar e o respeito à integridade e dignidade do paciente. O qual deve ser mantido sem dor tanto quanto possível; receber cuidados contínuos (não sendo abandonado); e sempre que viável, cientificado de tudo o que ocorre com o seu tratamento, para que possa decidir sobre o mesmo; ser respeitado quanto as suas angústias e medos, sentimentos, valores, crenças e esperanças. Finalmente, se assim puder e quiser, decidir onde morrer.

É um erro imaginar que os cuidados paliativos se destinam apenas a preparar o paciente para a morte. De fato, o objetivo é, em verdade, manter digna e mais confortável a existência do paciente até o desenlace. Para tanto, podem ser necessárias, inclusive, intervenções de diversos especialistas que, sem a pretensão de cura, possam propiciar conforto e restauração, ainda que transitória, de funções, ou que se permita ao paciente executá-las sem sofrimento ou constrangimento. Faz-se mister ressaltar que essas intervenções não podem ser motivo de mais dor, separação ou isolamento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ¹⁰ definiu cuidados paliativos como o cuidado

ativo total dos pacientes cuja enfermidade não responde ao tratamento. Sua prioridade é o alívio da dor e de outros sintomas, bem como dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual. O objetivo dos cuidados paliativos, portanto, é proporcionar a melhor qualidade de vida para os pacientes e seus familiares.

Em 2002, a OMS acentuou a identificação precoce do sofrimento ao definir cuidados paliativos como: *Uma abordagem que vise melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentem problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave (que ameaça a vida) e suas famílias, através da presença de equipe multidisciplinar e alívio do sofrimento, com recurso a identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos sintomas não só físicos, como a dor, mas também psicossociais e espirituais*¹¹.

No Brasil, o incremento dos cuidados paliativos ainda é incipiente, mas iniciativas meritórias vêm sendo desenvolvidas em diversos centros e hospitais do país, com relatos promissores. Além disso, duas organizações têm atuação importante na divulgação e fomento dos cuidados paliativos: a Sociedade Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

A ABCP foi fundada em São Paulo, em outubro de 1997, pela psicóloga Ana Geórgia Cavalcanti de Melo, que reuniu um grupo de profissionais interessados e compôs um conselho científico para colocar em prática

os objetivos da associação e divulgar sua filosofia, agregando os serviços de cuidados paliativos já existentes no Brasil, mesmo ainda não padronizados, que ofereciam assistência para pacientes fora de possibilidades terapêuticas em algum âmbito: internação, ambulatorial e/ou domiciliar.

A ANCP foi criada em 2005 e provocou avanços na regularização profissional do paliativista brasileiro, pois se estabeleceram critérios de qualidade para os serviços de cuidados paliativos, realizaram-se definições precisas do que é ou não cuidados paliativos e a discussão foi encaminhada para os ministérios da Saúde e Educação, além do CFM e Associação Médica Brasileira (AMB).

Participando ativamente da Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do CFM, a ANCP ajudou a elaborar duas importantes resoluções que regulam a atividade médica relacionada a esta prática. Em 2009, pela primeira vez na história da medicina no Brasil, o CFM incluiu, no novo Código de Ética Médica, os cuidados paliativos como princípio fundamental. Desde então, a ANCP luta pela regularização da Medicina Paliativa como área de atuação médica junto à AMB, e pela universalização dos serviços de cuidados paliativos no Ministério da Saúde.

Falta, no entanto, maior difusão dessas ideias com a clareza necessária e o incentivo adequado, bem como avançar na regulamentação e padronização dos cuidados paliativos em todo o Brasil. Necessário se

torna, também, a preparação e o investimento na conscientização dos profissionais de saúde de que os pacientes sem cura necessitam de cuidado próprio, voltado a lhes proporcionar dignidade e conforto, e que os cuidados paliativos não são medidas apenas decorrentes de restrição de custos.

Dor e sofrimento

Para a sociedade contemporânea a dor é inaceitável, haja vista a observação do abuso da automedicação, tornando o consumo de analgésicos um dos maiores trunfos mercadológicos da indústria farmacêutica. Ressalte-se que, atualmente, o Brasil é um dos maiores consumidores dessas drogas no mundo – na maioria dos casos não prescrita por médicos.

Entretanto, o ser humano convive com a dor desde sempre. Desde que viva, a dor faz parte do dia a dia da pessoa. É a manifestação de que algo não vai bem: reflete um alarme sobre alguma disfunção ou que o corpo foi agredido ou injuriado. A dor é, ainda, o sintoma que mais leva os pacientes aos médicos. Pesquisas indicam que mais de 70% das pessoas procuram os médicos e os serviços de saúde movidas por este sintoma ¹².

Para melhor compreensão sobre a percepção dos profissionais médicos sobre a dor, é importante salientar alguns aspectos. Primeiro: a dor aguda é tratada com mais facilidade e presteza pelos médicos; a dor crônica (com mais de seis meses de duração) não tem a mesma intensidade de ação médica.

Segundo: em sua formação os estudantes de Medicina têm pouco aprofundamento sobre o tema, o que se reflete em excessiva parcimônia na prescrição de analgésicos mais potentes, em especial de opiáceos, quando da futura prática profissional. Esse temor é gerado pelo receio de superdosagem, dificuldade no manejo das drogas analgésicas e capacidade superficial de avaliar o estado algico dos pacientes e um eventual risco de dependência. Daí o espaço criado para uma nova especialidade ou área de atuação: a Medicina da Dor. Perde-se, assim, um conhecimento que deveria estar disseminado entre todos os médicos, deixando sem valor a máxima latina que é um dos pilares da medicina: *sedare dolorem opus divinus est* ¹³.

É sabido que nos pacientes com câncer avançado a prevalência da dor chega a 90%; e nos com a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), em torno de 50%. A dor, portanto, é sintoma extremamente prevalente em pacientes terminais. Seu tratamento deve ser prioridade médica e esta percepção deve ser amplamente difundida, bem como o adequado treinamento dos profissionais envolvidos. Nunca é demais lembrar que os pacientes em cuidados paliativos necessitam atenção especial, pois muitos apresentam alterações neurológicas, são idosos e, muitas vezes, não têm condição de referir adequadamente sua sintomatologia.

Saunders cunhou a expressão *dor total* para falar daquele sofrimento que uma pessoa padece não apenas pelos danos físicos que possui, mas pelas consequências emocio-

nais, sociais e espirituais que a visão da morte próxima lhe traz. Tal situação exige, segundo ela, um tratamento multiprofissional e não somente médico.

A dificuldade do médico brasileiro em lidar e prescrever drogas analgésicas potentes e o treinamento incompleto nesta área da dor física somática, mas, também, visceral, neuropática e psicogênica, aponta para uma falha ainda maior do aprendizado e condução daquelas dores que não estão apenas no âmbito do corpo, mas transcendem o psíquico e invadem a alma dos que estão sob seus cuidados. A formação fragmentária e, por vezes, reducionista dos médicos tem impedido a abordagem adequada da dor e do sofrimento dos que estão sob cuidados paliativos.

Sabe-se que dor e sofrimento podem ser indistintos, porém, se a dor física for adequadamente conduzida e tratada, o conforto propiciado à pessoa enferma lhe permitirá ter clareza e, quiçá, condições de convivência com os seus, permitindo-lhe a necessária autonomia e tranquilidade para decidir sobre o tratamento¹⁴. Vale acrescentar que poderá propiciar a verbalização dos seus medos e angústias, bem como a manifestação de suas convicções, possibilitando receber a ajuda especializada dos outros profissionais da equipe, se assim o quiser¹⁵.

A dignidade humana e a morte digna

O ser humano é biográfico. Sua história de vida, aí incluídos família, profissão, sonhos,

crenças e esperanças, constitui a essência de seu existir¹⁶. O adoecimento fatal, que pela perspectiva do sujeito que o experimenta sobrevem *de repente*, torna a vida algo fugidivo. Marcada pela percepção de novo tempo, dia a dia mais curto ante a perspectiva iminente da morte, a existência revela-se na negociação desse tempo, que tem de ser recuperado, renovado e gasto de maneira parcimoniosa, porque limitado.

Abruptamente, o paciente percebe que os seus sonhos de felicidade e projetos estão sob camadas de sofrimento, dor e imobilidade. Vê-se finito e ciente da impossibilidade de postergar o fim de sua vida. Esta realidade é nova e única, somente vivenciada pelo indivíduo, com elaboração complexa e dependente de toda a sua história de vida.

Como pode o médico, atuando junto a pacientes terminais, ajudá-los a percorrer esta travessia? Como pode o médico, sentindo-se limitado e até impotente, contribuir de maneira correta junto ao paciente, infundindo-lhe tranquilidade e esperança? A verdade deve permear a relação médico-paciente em todas as etapas do processo do adoecer e, mais ainda, quando este declina em direção à morte. A ação compassiva do médico não pode excluir a verdade, dita sempre de forma adequada, permitindo ao paciente ter a correta consciência do seu estado. Isto lhe permitirá colaborar no tratamento e decidir sobre o mesmo, com os demais membros da equipe.

A comunicação é outro dado importante. A devida clareza e adaptação do discurso

técnico à realidade e condição vivida pelos pacientes e seus familiares permitirá a adequada compreensão e adesão ao tratamento proposto. É preciso, nesta situação, prospectar para saber o quanto o paciente deseja ser cientificado acerca do seu quadro de saúde. Há considerável número de pacientes que não deseja saber do seu real estado, e essa postura deve ser respeitada.

É indispensável, ainda, que os profissionais envolvidos formem uma verdadeira equipe multidisciplinar e tenham condições de avaliar a capacidade de o paciente decidir sobre todas as questões que envolvem sua doença, tratamento e prognóstico. Não cabe, e não deve caber mesmo, somente ao médico esta abordagem. Os cuidados paliativos representam excelente campo de sinergia entre médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes sociais e outros, além de religiosos^{17,18}, de modo a oferecer o melhor para o paciente.

Uma pessoa que se descobre inexoravelmente finita sofre, deformada em sua imagem física, constrangida pela dependência e se sentindo diminuída pelo descontrole das funções mais elementares. Contribuir para recuperá-la e restaurar-lhe a dignidade esmaecida pela degradação física são o escopo do trabalho das equipes de saúde – processo nada fácil, pois sempre passa pelo respeito à vontade do paciente quanto ao tratamento, no momento em que, de modo competente, se manifeste.

A equipe deve considerar, também, a intervenção tecnicamente indicada, na medida em que

isto seja possível para recuperar funções deterioradas ou minimizar resultados humilhantes, facilitando o encontro do paciente com suas crenças e oferecendo-lhe, no limite, todo o suporte nas áreas psicológica, familiar e religiosa^{17,18}. Pensar sempre, como profissional, que aquele indivíduo sob cuidados médicos é um ser humano único e como tal deve ser visto.

O sofrimento, por si, expõe o indivíduo à própria fragilidade, roubando-lhe a autonomia e a individualidade. Esse estado de sofrimento se expressa, também, em função das características que o definem. Tal situação implica em mudanças de quem está sob cuidados e necessita informações adequadas para, conhecendo a própria realidade, decidir o que quer. Esta ação de continuamente dar informações ao doente sobre o seu estado, mitigando-lhe a angústia e reduzindo a vulnerabilidade, é parte central da ideia de respeitar a pessoa em sua individualidade, permitindo-lhe assumir sua vontade e decisões.

Esta realidade pressupõe um profissional de saúde diferente, mais precisamente novo tipo de médico, com preparação avançada do ponto de vista técnico, porém permeada de conteúdo humanístico. Este novo profissional deverá estar cômulo dos limites, mesmo alargados pela tecnologia; melhor preparado para o trabalho em equipe, despindo-se da arrogância técnico-científica, sabedor de que seu paciente necessita toda a ajuda possível.

A morte de qualquer ser humano não é situação indigna, mas indigno pode ser o cuidado que recebe no final da vida. Em

torno dessa perspectiva os cuidados paliativos surgiram de modo a propiciar, com cuidados adequados, que os estágios finais da vida dos pacientes de doenças incuráveis terminem de modo humanizado, digno e com absoluto respeito à pessoa doente ¹⁸.

Considerações finais

A dor e o sofrimento são inerentes à existência humana. Ao que parece, em uma perspectiva ético-filosófica ou mediante as crenças e os mistérios insondáveis das difíceis e complexas perguntas sem respostas, permanecerá a humanidade prisioneira da dúvida a respeito do sofrimento.

O progresso da ciência médica e o avanço *high tech* associado à saúde pareciam dar cabo a esta situação e a dor seria controlada. A *tecnificação* da medicina com a introdução de modernas tecnologias e medicamentos poderosos aparentemente controlava a angústia e a dor física, dando aos médicos a sensação de que o problema estaria resolvido – de modo tal que se considera *má medicina* deixar um paciente padecer dor. Porém, o acompanhamento contínuo de pacientes terminais mostrou que apenas mitigar a dor é insuficiente, pois o sofrimento dessa situação transcende a dor física, embora controlá-la seja, de fato, de suma importância. Fundamental para, descolando o paciente deste sofrimento primal, identificar e *tratar* outras dores e sofrimentos que transcendem essa dimensão.

Esta realidade aparece mais contundente quando envolve pacientes portadores de doenças gra-

ves à vida ou naqueles com doenças incuráveis, cujo curso inexorável leva à morte. Os cuidados paliativos surgiram como opção de tratamento não curativo, com a proposta inovadora de ocupar o vazio do tratamento das pessoas que necessitam ter o controle de sua dor física, e avançar mais além no atendimento de suas necessidades integrais e respeito a sua dignidade.

Isto significa ter ao alcance do paciente uma equipe multiprofissional e não apenas o médico, bem como a percepção de que a mudança de parâmetros faz-se necessária entre os médicos e demais profissionais envolvidos, além de uma preparação adequada e sistematizada desde a graduação. Representa, em paralelo, nova visão da vida, da morte e do atendimento médico, desde os bancos das escolas médicas, dando-se ênfase à medicina do cuidar em detrimento da medicina do curar, quando esta não for mais possível.

Gracia, analisando os diversos elementos envolvidos nas questões éticas pertinentes aos cuidados paliativos, crê que se evolui presentemente da *ética de convicção* – muito próxima aos cuidados de enfermagem em geral, cujo princípio básico era a obediência cega à autoridade profissional, tanto na ordem técnica como na ética – para a ética da responsabilidade ou ética dos cuidados, onde, citando Gilligan, diz: *Enquanto a ética dos direitos é uma manifestação de igual respeito, que equilibra as reivindicações do outro com as minhas, a ética da responsabilidade repousa sobre uma compreensão que dá origem à compaixão e ao cuidado* ¹⁹.

Os cuidados paliativos, talvez por originalmente mais ligados aos cuidados de enfermagem, e a ética da convicção pouco a pouco foram dando lugar a outros mais próprios da ética da responsabilidade. Gracia defende que no presente momento esta última está ganhando lugar. No entanto, levanta a tese de que se desenvolva uma genuína ética dos cuidados paliativos. Nesta senda, diminui-se a importância religiosa da santidade e sacralidade da vida

e viceja a ideia da qualidade de vida e da morte digna²⁰.

Cuidado, solidariedade e compassividade são as novas palavras a fazer parte do ideário médico e das equipas de saúde ante as novas realidades para melhor tratar pacientes nos estágios finais de vida. Sem nenhuma dúvida, é do cuidado integral e humanizado que os pacientes precisam – bem mais que da última tecnologia disponível!

Resumen

Sufrimiento y dolor en los cuidados paliativos: reflexiones éticas

Los avances tecnológicos asociados a la medicina, llevan a los médicos a tener como meta incansable vencer la enfermedad y prolongar la vida. A pesar de ello, para los pacientes que ya no tienen posibilidad de cura, se prolonga también el sufrimiento y el proceso de morir. Los cuidados paliativos se destinan a los pacientes cuya enfermedad ya no responde al tratamiento teniendo como prioridad mejorar su calidad de vida a través del alivio del dolor físico y los sufrimientos psicológicos, sociales y espirituales. Para la introducción de este concepto, se discute el cambio de paradigmas en la formación de los profesionales de salud, que representan una nueva visión de la vida, de la muerte y de la atención médica, sobreponiéndose el cuidar al curar, cuando esto último ya no sea posible. En la etapa final de la vida de los pacientes terminales, se busca mantener digna y confortable la existencia de éstos hasta el último momento, teniendo como pilares la atención multidisciplinaria y el respeto a la autonomía, integridad y a la dignidad del paciente.

Palabras-clave: Cuidados paliativos. Dolor. Muerte con dignidad.

Abstract

Suffering and pain in palliative care: ethical reflections

The technological advancements associated to medicine lead physicians to have as tireless goal to overcome illness and to extend life. However, for patients who do not present any healing possibility, one extends suffering and the dying process. Palliative care is aimed at these patients whose disease does not respond to treatment anymore, and it has as priority the improvement of their life quality, through relief of physical pain and psychological, social and spiritual suffering. In order to introduce this concept one debates the change of paradigms regarding health professionals formation, which represent a new view of life, death and medical assistance, superposing care to healing whenever this is not possible anymore. One seeks, in the terminal patients' final phase of life, to maintain their existence honorable and comfortable, up to the last moment, having as bases the multidisciplinary care and the respect for the patient's autonomy, integrity and dignity.

Key words: Palliative care. Pain. Death with dignity.

Referências

1. Russel-Wood AJR. Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia 1550-1755. Brasília: Editora UnB; 1981.
2. Silva DHC. A moralidade dos cuidados paliativos. Rev Bras Cancerol. 2004;50(4): 330-3.
3. Estado de São Paulo. Lei estadual nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 18 mar 1999;(51) Seção 1:1.
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Refere-se ao prolongamento da vida em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis. Diário Oficial da União. 28 nov 2006; Seção 1:169.
5. Brasil. Distrito Federal. Sessão Judiciária. 14ª Vara. Processo nº 2007.34.00.014809-3, defere a antecipação de tutela para suspender os efeitos da Resolução CFM nº 1.805/06, que regulamenta a ortotanásia. Relator Juíz Roberto Luis Luchi Demo. Brasília; 2010.
6. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: CFM; 2010.
7. Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas em cuidados paliativos. Acta Bioeth. 2006;12(2):231-42.
8. Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Bioética 2002;10(2):51-72.

9. Saunders C. Caring to the end. *Nurs Mirror*. 1980;4:43-7.
10. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative: a report of a OMS expert committee. Geneve: OMS; 1990.
11. World Health Organization. National cancer control programmers: policies and managerial guidelines. Geneve: OMS; 2002.
12. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Fiori N, Bortolotto A. Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2006;20(1):22-8.
13. Oliveira RA, coordenador. Cuidado paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008.
14. Nunes R. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. *Rev Bioét (Impr.)*. 2009;17(1):29-39.
15. Oliveira RJ, Amaral SFC, Ferreira CA, Grossi SY, Rezende NA. Percepção bioética sobre a dignidade no processo de morrer. *Rev Bioét (Impr.)*2009;17(1):77-94.
16. Schramm RF. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações nos cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(1):17-20.
17. Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007;34(1):82-7.
18. Pilar BS. Atención integral para garantizar una muerte digna. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2007;20(3):124-8.
19. Gilligan C. *In a different voice*. Cambridge: Harvard Press; 1982. p. 164-5.
20. Gracia D. *Pensar a bioética: metas e desafios*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2010.

Recebido: 30.5.10

Aprovado: 14.7.11

Aprovação final: 22.7.11

Contato

Otávio Marambaia dos Santos – otaviomarambaia@hotmail.com

Avenida Antonio Carlos Magalhães, 2.603, Cidadela CEP 40280-000. Salvador/BA, Brasil.

Processo 2007.34.00.014809-3 da Justiça Federal do Brasil

Vale salientar que a dificuldade em estabelecer a terminalidade não é menor ou maior que outras dificuldades enfrentadas pelos profissionais da medicina, ao diagnosticar uma doença rara ou ao optar por um tratamento em lugar de outros, sabendo-se que uma posição não exata poderá trazer consequências distintas para o paciente. Isso porque não existe 100% de certeza na medicina. Assim, desejar que os médicos atuem frente a um doente terminal com absoluta certeza da inevitabilidade da morte não é um argumento válido para recusar a legitimidade da ortotanásia, porque a exigência é incompatível com o próprio exercício da medicina, que não pode se obrigar a curar o paciente, mas pode comprometer-se a conferir-lhe a maior qualidade de vida possível, diante do seu estado e dos recursos técnicos existentes. A resolução guerreada é, pois, uma manifestação dessa nova geração da ética nas ciências médicas, que quebra antigos tabus e decide enfrentar outros problemas realisticamente, com foco na dignidade humana. Na medicina atual, há um avanço no trato do doente terminal ou de patologias graves, no intuito de dar ao paciente não necessariamente mais anos de vida, mas, principalmente, sobrevida com qualidade. A medicina deixa, por conseguinte, uma era paternalista, super-protetora, que canalizava sua atenção apenas para a doença e não para o doente, numa verdadeira obsessão pela cura a qualquer custo, e passa a uma fase de preocupação maior com o bem-estar do ser humano.