

LIMIARES DA VIDA NA ATENÇÃO À SAÚDE

Elma Zoboli¹

RESUMO: O paciente crítico necessita da conjunção da excelência técnica e do máximo humanismo para que se concretize uma atenção de alta qualidade técnico-científica, sem que fique de lado sua condição de pessoa, alcançando-se, assim, também a excelência ético-moral do cuidado. Esta reflexão discute as questões de seleção-eleição dos pacientes e racionalização-acionamento das medidas terapêuticas e diagnósticas, com base nos referenciais éticos da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, ponderados e especificados no bojo da ética do cuidado.

PALAVRAS-CHAVES: Bioética; Justiça social; Alocação de recursos.

LIFE BOUNDARIES IN HEALTHCARE

ABSTRACT: Care, for critical patients, requires technical excellence and humanism to get technical and scientific high-quality care without putting aside patients' personhood thus reaching ethic-moral excellence of care. The present discussion points out issues regarding patients' selection/election as well as reasoning/rationing of therapeutic and diagnostic measures grounded by the ethical background of beneficence, non-maleficence, justice and respect for autonomy. These ethical principles were pondered and specified by the ethics of care.

KEYWORDS: Bioethics; Social justice; Resource allocation

EMPIEZOS DE LA VIDA EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

RESUMEN: El paciente crítico necesita de una conjunción de la excelencia técnica con el máximo humanismo, a fin de que se efectúe una atención sanitaria de gran cualidad técnica y científica, sin dejar de mirar la condición de persona, sino no se logrará la excelencia ético-moral del cuidado. Con base en los referenciales éticos de la beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, la presente reflexión plantea las cuestiones de selección-elección de pacientes y del razonamiento-acionamiento de medios terapéuticos y diagnósticos.

PALABRAS CLAVE: Bioética; Justicia social; Asignación de recursos.

¹Enfermeira. Mestre em Bioética. Doutora em Saúde Pública. Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Autor correspondente:

Elma Zoboli

Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo-SP.

E-mail: elma@usp.br

Recebido: 18/05/2007

Aprovado: 22/10/2007

INTRODUÇÃO

A saúde tem um duplo valor moral. É ao mesmo tempo essencial e instrumental. Essencial porque é condição para a qualidade de vida e instrumental porque a vida é pré-condição para liberdade⁽¹⁾. Em decorrência da dupla condição moral da saúde, deliberar e decidir na assistência à saúde, quando os profissionais lidam com os limiares críticos e preciosos da vida e da morte das pessoas que estão aos seus cuidados, constitui tarefa árdua e, porque não dizer, árida. Por esta razão, é essencial que tomemos alguns momentos para uma reflexão crítica que nos abasteça e refaça para a prática profissional.

Com base nas vertentes principialista e do cuidado na bioética, apresenta-se esta reflexão que foca as escolhas de tratar e cuidar na Atenção à Saúde.

O PRINCIPIALISMO E O CUIDADO NA BIOÉTICA

A vertente mais difundida na bioética é o principialismo, que se baseia na articulação dos princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Autonomia refere-se à capacidade das pessoas decidirem sobre o que é 'bom' ou no que consiste seu 'bem estar', segundo seus valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças. As ações autônomas requerem atuar de maneira intencionada, com conhecimento e na ausência de solicitações externas controladoras do agir, ou seja, é preciso estar esclarecido e livre⁽²⁾. O princípio da não maleficência caracteriza-se pela obrigação de 'não causar danos', de 'não prejudicar' intencionalmente.

O termo 'dano' não fica restrito aos aspectos físicos, como a dor, as incapacidades e a morte, mas abraça os âmbitos psíquico, social, moral e outra série de prejuízos. Por beneficência entende-se 'fazer o bem', 'cuidar da saúde', 'favorecer a qualidade de vida', enfim, dilatar os benefícios, evitar ou, ao menos, minorar os danos.

Não existem rupturas claras no *continuum* não provocar prejuízos e oferecer benefícios. Entretanto, enquanto a beneficência, quase sempre, compreende a ajuda ativa requerendo uma ação transitiva, a não maleficência, muitas vezes, envolve a abstenção, implicando em, somente, abster-se intencionalmente da realização de atos que possam causar dano. Tanto que, as regras derivadas deste princípio são geralmente expressas de forma negativa,

como não matar ou não roubar⁽³⁾.

A justiça é vista em seu sentido comutativo, ou seja, diz respeito à distribuição social igualitária ou equitativa, com base em normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social. Não há uma compreensão única para justiça distributiva, assim, diferentes teorias são desenvolvidas para especificar e apresentar com coerência os distintos entendimentos.

Os quatro princípios obrigam *prima facie* que, em outras palavras, funcionam como guias de ação normativa que estabelecem as condições de obrigatoriedade ou permissividade, de correção ou incorreção dos atos. Não existe uma hierarquia *a priori*, ou seja, eles não são absolutos e dependem do contexto no qual transcorrem os conflitos. E é neste espaço de ponderação e especificação dos princípios, segundo cada situação, que têm lugar a deliberação e a decisão éticas.

Assim, o principialismo não faz abstração dos casos porque as compreensões dos princípios e de suas implicações só são possíveis por meio da realização do equacionamento e juízos nas circunstâncias concretas. Com efeito, centra-se na análise dos atos, especialmente os conflitivos, buscando o modo menos danoso e mais correto de resolver pendências éticas.

Os princípios constituem referenciais que alertam para a necessidade de não ser maleficente, de não ser injusto, de respeitar a autonomia das pessoas e de ser beneficente para com elas. Cabe à razão e a sensibilidade ética determinarem como estas orientações se dão em concreto.

A ética do cuidado aponta rumos para a bioética no sentido de valorizar não apenas os atos, mas o favorecimento das relações positivas, entendidas como as que protegem as pessoas contra a violência e, ao mesmo tempo, as emancipam.

Os elementos-chave para a compreensão da ética do cuidado radicam-se na consciência da conexão e inter-relação das pessoas, ensejando o reconhecimento da co-responsabilidade de uns pelos outros; no entendimento de que a falta moral equivale à ruptura nesta rede de co-responsabilidades e na convicção de que a comunicação é o melhor modo, senão o único, de solucionar os conflitos⁽⁴⁾.

Conferir centralidade à solução não-violenta de conflitos e se pautar pela noção de cuidado faz com que as pessoas envolvidas em um conflito ético sejam vistas como partícipes interdependentes de uma rede de relacionamentos de cuja continuidade depende a manutenção da vida de todos, e não como adversários

numa pendência de direitos. Assim, a solução das situações conflituosas consiste em ativar esta rede de relações pela comunicação cooperativa e não competitiva, visando à inclusão de todos mediante o fortalecimento, em vez do rompimento das conexões. A violência é destrutiva para todos e somente o cuidado torna possível robustecer o eu e os outros⁽⁴⁾.

Parece oportuno, antes de seguir nesta reflexão, tornar clara a concepção de bioética que a respalda. Por bioética compreende-se uma nova maneira de focar a ética nas ciências da vida e da saúde, que combina estudo e reflexão, para traçar uma ponte entre as ciências biológicas e humanas por meio de um diálogo inclusivo, plural e responsável na busca da sabedoria, que é o conhecimento de como usar o conhecimento para o bem social e a promoção da dignidade humana e da boa qualidade de vida para todos⁽⁵⁾.

Neste sentido, a alteridade é critério para aplicação ponderada e especificada dos princípios, que torna possível articular o princípalismo e o cuidado, para que todos consigam uma vida digna e de boa qualidade.

Por alteridade, considera-se uma “práxis da alteridade”, como a proposta por Correia⁽⁶⁾, em que o critério de alteridade consiste no outro como valor axiológico e praxiológico. Um outro que é sujeito e protagonista histórico e ao mesmo tempo, paciente e usuário crítico, livre e co-responsável dos serviços de saúde. Um outro que é visto como pessoa que, por sua vez, é tida como relação, abertura, comunicabilidade e intersubjetividade.

LIDANDO COM OS LIMIARES DA VIDA

Se na atenção à saúde as deliberações e decisões não são algo fácil, tenho percebido, ao longo do tempo em que lido com bioética e mantenho contato com profissionais de saúde de diferentes categorias e áreas de atuação, que na assistência praticada nas Unidades de Terapia Intensiva tal tarefa adquire nuances que a tornam ainda mais delicada e difícil, especialmente quando a equipe se vê frente ao desafio de reconhecer a utilidade e as limitações das técnicas proporcionadas pelo desenvolvimento biomédico para poder orientar o uso prudente das medidas de suporte vital.

As decisões que se tomam na atenção a um paciente crítico requerem equilíbrio prudencial do juízo racional para a melhor condução técnica do tratamento e do juízo valorativo, para o maior benefício de todos os afetados pelo processo decisório. Isto porque os fatos sem os valores são cegos e os valores

distanciados dos fatos são vazios⁽⁷⁾. O paciente crítico necessita da conjunção da excelência técnica e do máximo humanismo para que se concretize uma atenção de alta qualidade técnico-científica, sem que fique de lado sua condição de pessoa, alcançando-se, assim, também a excelência ético-moral do cuidado.

AS ESCOLHAS: SEUS DILEMAS E PROBLEMAS

O dilema ou problema se inicia no momento do ingresso do paciente em uma UTI. A quem os cuidados intensivos serão oferecidos? Como ocorre o acesso a este tipo de terapia? Uma vez decido quem ingressar, quem será submetido aos cuidados intensivos e às técnicas de suporte vital? Se sua evolução não for satisfatória sobrevém uma nova face do dilema: Por quanto tempo mantê-lo nestas medidas? Estas decisões têm sérias implicações éticas, pois passado certo limite, o que em princípio era beneficente pode se tornar maleficente.

Vale acrescentar que não se trata de avaliar somente o que é benéfico para o paciente, porque ele não está sozinho neste cenário de decisões, existem seus familiares, os profissionais de saúde e a sociedade. Todos estes partícipes envolvidos nesta rede de relações são afetados pelas decisões tomadas, assim como nelas interferem. Por isto, não podemos perguntar, apenas, o que é melhor para o bem do paciente, esquecendo de ponderá-lo com o bem dos familiares, profissionais de saúde e sociedade.

Como dissemos, os dilemas e problemas na atenção ao paciente crítico iniciam-se já no momento de decidir quem ingressa em uma UTI. Um dos aspectos mais importantes é definir se a pessoa à qual dispensamos cuidados e atenção trata-se de um paciente crítico ou terminal. Às unidades de terapia intensiva deveriam ingressar os pacientes graves em estado crítico. Já os pacientes graves em estado terminal deveriam ser atendidos e cuidados em unidades mais adequadas que favorecessem o contato com as pessoas queridas e que pudessem lhe proporcionar um maior benefício que, sem dúvida, não corresponde aos serviços de terapia intensiva, mas sim aos cuidados paliativos. Talvez a tímida presença dos *hospices* e cuidados paliativos em nosso país seja uma das causas para este cenário.

Em escala mundial, as iniciativas para desenvolvimento dos cuidados paliativos e *hospices* são muitas, mas no Brasil, embora haja algumas, este

tipo de atendimento ainda é insuficiente para a demanda, especialmente frente ao envelhecimento da população. A essência dos cuidados paliativos é aliviar os sintomas, a dor e o sofrimento em pacientes com doenças crônico-degenerativas ou em fase final, com o objetivo de aprimorar sua qualidade de vida. Tradicionalmente, os cuidados paliativos eram vistos como aplicáveis exclusivamente no momento em que a morte era iminente, mas no presente são oferecidos no estágio inicial do curso de uma doença progressiva, avançada e incurável. Assim, não se resumem a um serviço, mas são uma filosofia de atendimento que, parece claro, não é a que guia a prática de uma terapia intensiva^(8,9).

Se o paciente for grave e recuperável se aplica tudo que seja tecnicamente possível para recuperar sua saúde e impedir uma morte evitável. Ao contrário, o paciente em fase terminal de uma enfermidade irrecuperável não tem indicação de ingresso em uma UTI, a menos que se demonstre que o uso de alguma forma de tratamento disponível nesta unidade poderá aliviar sua dor e sofrimento. A ética, hoje, nos exige que tenhamos clara a diferença entre estas duas situações, e será contrário à ética, por violar o referencial da não maleficência, enganar o enfermo ou seus familiares oferecendo-lhes alternativas terapêuticas que não resolverão sua situação e que, pelo contrário, prolongarão inutilmente o processo de morrer. Tal distinção também deve ser aplicada para aqueles pacientes que ingressaram na UTI e evoluíram, de forma desfavorável, para uma situação irrecuperável.

No caso do paciente crítico, recuperável, os objetivos do tratamento incluem salvar a vida, curar a enfermidade, preservar as funções vitais, restituir a saúde, aliviar a dor e/ou o sofrimento. Ao contrário, nos casos que evoluíram para uma condição de irrecuperabilidade de sua doença, o recomendado consiste em aliviar o sofrimento, oferecer o máximo de comodidade possível e evitar a prolongação do processo de morte. Isto porque, nestes casos, estamos diante de uma realidade na qual a aplicação de tratamentos pode se tornar uma terapêutica desproporcionada que, ao invés de prolongar a vida, retrasa a morte. Ajudar viver a quem está vivendo não é o mesmo que impedir de morrer a quem está morrendo.

Em pacientes com poucas ou nenhuma probabilidade de recuperação, uma vez esgotadas todas as medidas terapêuticas razoáveis, a suspensão de medidas de suporte vital não é, obrigatoriamente, maleficente. Neste caso, a sua continuidade é que pode se apresentar como maleficência. Assim, o que

a priori se instaura como um ato beneficente pode se transformar em um ato de maleficência, chegando a não respeitar a dignidade do enfermo. Da mesma forma que tratar aos enfermos recuperáveis como se fossem morrer pode tipificar conduta negligente, tratar os enfermos moribundos como recuperáveis também pode ser visto como negligência ou imprudência. Nem tudo que é tecnicamente possível é eticamente correto ou aceitável. A luta pela vida há de ter limites técnicos, éticos e humanistas, além dos quais se vulnera a dignidade das pessoas.

Os benefícios e ônus do tratamento devem ser cuidadosamente ponderados e os riscos e benefícios de cada decisão clínica rigorosamente avaliados para evitar o tratamento fútil e inútil, a chamada distanásia, que não se alinha com os objetivos de prevenção, cura, cuidado, reabilitação e alívio da dor que devem cercar toda a prática da atenção à saúde. Os pacientes com doenças avançadas ou em estado terminal têm, fundamentalmente, os mesmos direitos que os demais pacientes, de receber cuidados apropriados, apoio pessoal, informações, bem como recusar procedimentos que considerem não acrescentar-lhes nenhum benefício. O mais importante é que os pacientes sejam respeitados ao máximo em sua dignidade e autonomia, até o fim de suas vidas⁽⁹⁾.

As decisões não são atos isolados dos pacientes e tampouco devem ser ações autoritárias da equipe de saúde. E também é claro que a limitação do esforço terapêutico não significa abandono ou não reavaliação do paciente. O limite não é unidirecional. Uma vez identificado o ponto para a limitação dos esforços e tomada a decisão conjunta de não transpassá-lo pode ocorrer que o paciente comece a melhorar. Caberá à equipe, junto com o paciente e familiares, repensar a situação e decidir acerca de reiniciar ou não o tratamento. Foi um equívoco? Um resultado pouco provável do jogo de probabilidades? Alguns poderão até mesmo perguntar se não houve interferência divina ou sobrenatural. O que sabemos é que, na prática, esta realidade é bem plausível e, por certo, muita pessoas que vierem a ler este texto já a terão vivenciado.

DECIDINDO EM SAÚDE

As decisões na área da saúde são e sempre serão, necessariamente, prováveis e, nunca, certas. A certeza neste âmbito da vida é impossível. A decisão em saúde trata-se de uma questão prudencial e a

prudência pede que, quando está em jogo a vida das pessoas, reduza-se a probabilidade de erro a limites ínfimos, o que não implica a anulação completa da possibilidade de erro. Isto levaria à busca obsessiva da certeza que, além de impossível, atrasaria a tomada de decisão, o que é, então, imprudente. A incerteza, assim, deve ser reduzida a um mínimo, mas um mínimo prudencial, não absoluto. O problema está em determinar onde fica este limite prudencial⁽¹⁰⁾.

Esta é tarefa do equacionamento e deliberação éticas em cada situação, tendo em vista os princípios, valores, a riqueza e diversidade da existência humana. Estamos falando, então, de um equacionamento contextual e narrativo que não se contenta com a lógica formal e abstrata.

CO-RESPONSABILIZAÇÃO: UM DESAFIO

O cuidado torna o mundo social seguro, evitando o isolamento e prevenindo a agressão, pois seu ideal consiste em uma atividade de relacionamento, de perceber e responder às necessidades uns dos outros, de tomar conta do mundo com vistas à manutenção da teia de conexão que une e conforma todos e cada um de nós.

Segurança é o que mais se deseja na atenção à saúde, tanto os pacientes, vulnerabilizados pela condição em que se encontram, como os profissionais e as organizações que primam por almejar a excelência no que fazem. E parece-nos que a segurança ficará facilitada, ou mesmo ousaríamos dizer que somente será possível, na conjunção da técnica e do humanismo. É urgente, então, traçar pontes de convivência e interligação entre o que poderíamos chamar cuidado-técnica e cuidado-ética (humanismo). Se assim não o fizermos, corremos o risco de ter, por um lado, uma atenção à saúde tecnicamente excelente, mas igualmente fria e distante das pessoas e, por outro, uma assistência repleta de boa vontade e humanização, porém imprudente e imperita.

A bioética, como amálgama de humanismo e fatos biológicos, pode ser um profícuo instrumental para a prática da saúde, na sua árdua tarefa de lidar com os limiares da vida e da saúde humanas.

REFERÊNCIAS

1. Berlinguer G. Bioethics, health and inequality. *Lancet*. 2004;364(9439):1086-91.
2. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical*

- ethics. 5ª ed. New York: Oxford University Press; 2001.
3. Kipper DJ, Clotet J. Princípios da beneficência e não maleficência. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, coord. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 37-52.
4. Gilligan C. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press; 1998.
5. Zoboli. ELCP. Bioética: gênese, conceituação e enfoques. In: Taka O; Zoboli ELCP, organizadores. *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. Barueri: Manole; 2006; p. 111-35.
6. Correia FA. *A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética [tese]*. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1993.
7. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema; 1989.
8. Girond JBR, Waterkemper R. Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relações. *Cogitare Enferm*. 2006 Set/Dez;11(3):258-63.
9. Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. In: Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. *Bioética e longevidade humana*. São Paulo: Loyola; Centro Universitário São Camilo; 2006. p. 353-92.
10. Gracia D. *Como arqueros al blanco: estudios de bioética*. Madrid: Tricastela; 2004.