

Bioética e profissionais de saúde: algumas reflexões

Bioethics and health professionals: some reflections
Bioética y profesionales de salud: algunas reflexiones

Angela Cristina Pontes*
Joelma Ana Espíndula**
Elizabeth R. Martins doValle***
Manoel dos Santos****

RESUMO: O objetivo do estudo é conhecer e refletir sobre o que está sendo publicado na literatura científica sobre a questão da morte e o morrer em suas nuances bioéticas, bem como o modo como os profissionais de saúde estão enfrentando e discutindo tais aspectos. Trata-se de um estudo qualitativo-descritivo, através do levantamento bibliográfico. Faz-se indispensável ao profissional de saúde superar as dificuldades inerentes a uma relação médico/paciente baseada "tentação tecnológica", reunir os fragmentos e compor novamente o todo desse indivíduo, muitas vezes, tão violentado e, desse modo, estabelecer um compromisso com a vida, entendida como o bem maior e digna de respeito. Ou ainda, o que é mais perigoso, um profissional autômato, adotando uma postura mecânica, dissociada de seus aspectos humanos mais intrínsecos. Nessa trajetória empreendida a algumas décadas pelo binômio vida/morte, percebe-se que o cuidar exige, essencialmente, compartilhar com seu paciente experiências e vivências que culminem na ampliação do foco de atenção do cuidador, sem perder de vista a compreensão da pessoa que adoce em sua singularidade e dignidade. A dificuldade na comunicação médico-paciente, o temor dos sentimentos, o isolamento das emoções (neutralidade) e a dinâmica de onipotência e idealização (identificação médica com a imagem de plenitude), são alguns dos fatores que assombram a assistência à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Profissionais de saúde. Bioética. Assistência à saúde.

ABSTRACT: The objective of the present study was to learn and reflect about what is being published in the scientific literature regarding the question of death or dying in its bioethical nuances, as well as about the way health professionals face and discuss these aspects. This is a qualitative-descriptive study based on a bibliographic survey. It is indispensable for the health professional to overcome the difficulties inherent in a doctor/patient relationship based on "technological temptation", to reunite the fragments and recompose the wholeness of the individual, often so violently aggressed, thus establishing a pact with life, understood as the greatest good and worthy of respect. What is noted in health practice is a professional immersed in this ample context who, because of this, is paralyzed, with no condition to reflect and to program a sustained action in the presence of the bioethical dilemmas imposed on his/her daily practice. In this trajectory followed a few decades ago by the life/death binomial, it can be perceived that caregiving essentially requires sharing experiences with the patients that culminate in the expansion of the focus of attention of the caregiver, without losing sight of the understanding of the person who falls ill in his singularity. The difficulty in doctor-patient communication, the fear of one's feelings, the isolation (neutrality) of one's emotions and the dynamics of omnipotency and idealization (medical identification with the image of plenitude) are some of the factors that negatively affect health care.

KEYWORDS: Health professionals. Bioethics. Health care.

RESUMEN: El objetivo del actual estudio fue aprender y reflejar sobre qué se está publicando en la literatura científica respecto al tema de la muerte o el morir mirando sus aspectos bioéticos, así bien sobre la manera cómo los profesionales de salud hacen frente y discuten a estos aspectos. Es un estudio cualitativo-descriptivo basado en un examen bibliográfico. Es imprescindible que el profesional de salud supere las dificultades inherentes a una relación doctor/paciente basada en la "tentación tecnológica", que junte los fragmentos y recomponga la integridad del individuo, a menudo agredido muy violentamente, estableciendo así un pacto con la vida, entendida como el bien más grande y digno de respeto. Lo que se observa en la práctica de la salud es un profesional sumergido en este contexto amplio que, debido a esto, está paralizado, sin condiciones para reflejar y para planear una acción sostenida en la presencia de los dilemas bioéticos impuestos ante su práctica diaria. En esta trayectoria comenzada desde algunas décadas por el binomio vida/muerte, uno puede percibir que el cuidado esencialmente requiere compartir experiencias con los pacientes que culminan en la extensión del foco de la atención del cuidador, sin perder de vista la comprensión de la persona enferma en su singularidad. La dificultad en la comunicación doctor-paciente, el miedo de sus sensaciones, el aislamiento (neutralidad) de sus emociones y las dinámicas de la onipotencia e la idealización (identificación de los doctores con una imagen de plenitud) son algunos de los factores que afectan negativamente el cuidado médico.

PALABRAS LLAVE: Profesionales de salud. Bioética. Cuidado médico.

* Doutoranda em Psicologia. Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP).

** Doutoranda em Enfermagem. Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

*** Professora Livre Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

**** Professor Doutor do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP).

INTRODUÇÃO

Atualmente, com o aumento da expectativa de vida e sobrevivência dos indivíduos acometidos por doenças crônicas e/ou degenerativas, em várias regiões do mundo, a partir do desenvolvimento da medicina e da tecnologia nas três últimas décadas, a bioética tem sido muito discutida nas questões de humanização e bem-estar total nas relações interpessoais e de cuidado. Doenças que antes eram tidas como brutalmente letais, hoje são passíveis de tratamentos e intervenções que prolongam, de maneira significativa, a vida dos pacientes, suscitando a discussão e reflexão sobre a legitimidade e, até mesmo, sobre o custo desse prolongamento da vida. Faz-se necessário aos profissionais de saúde uma maior compreensão sobre os cuidados com a vida e as dimensões da morte, o morrer, a dor e o sofrimento. Nas palavras de Pessini⁽¹⁾, "[...]a questão do cuidado da vida humana no seu final tornou-se uma questão de primeira grandeza em nossa sociedade atual, principalmente na área da medicina" (p.16).

O cuidado com a dor e o sofrimento humano figura no grande desafio a ser trabalhado pela área da saúde e um dos objetivos centrais da filosofia dos cuidados paliativos. Em 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu cuidado paliativo como: o cuidado ativo total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, buscando o controle da dor e de outros sintomas, bem como atenção aos problemas de ordem psicológica, social e espiritual. O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias⁽²⁾.

Mais recentemente, a mesma organização redefiniu o conceito, dando ênfase à prevenção do sofrimento, nos seguintes termos:

"[...]cuidados paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual"⁽²⁾.

Nesse sentido, o conceito de cuidados paliativos tem como essência aliviar os sintomas, a dor e o sofrimento de pacientes fora de perspectivas terapêuticas, integrando os aspectos psicológicos e espirituais envolvidos no

cuidado e buscando encarar a morte como um processo normal da vida humana. Além disso, propõe a oferta de um sistema de apoio aos familiares dos pacientes, no sentido de lidar com o adoecimento, o luto e suas perdas.

Trata-se de uma filosofia de cuidados que pode ser empregada em diferentes contextos (instituições de saúde ou na casa do paciente ou estilo *hospice*, por exemplo), em busca de uma compreensão do indivíduo que adocece, em seus aspectos pessoais, sociais, afetivos e culturais, e do aprimoramento de sua qualidade de vida^(3,4,5,6).

Diante, pois, dessa concepção, que procura tomar o ser humano em sua totalidade frente às questões da morte e do morrer, o campo da saúde, com seus diversos profissionais, viu-se envolvido em inesperadas e complexas decisões morais e éticas.

Questões limites sobre vida e morte, como "Até quando prolongar a vida?", ou "Qual o objetivo da medicina: cuidar de índices fisiológicos ou de pessoas?", "E quando o tratamento causa mais sofrimento do que benefício?", se apresentam aos profissionais de saúde (sobretudo ao médico), que percebem não encontrar respostas prontas, provenientes de sua formação acadêmica, pois se tratam de questões relacionadas com a condição humana, sua finitude, incerteza e transitoriedade⁽⁷⁾. Adentramos, pois, o campo da bioética.

Muitos outros problemas bioéticos podem ser levantados, como a escolha do tratamento mais vantajoso para o paciente que está diante de uma fase aguda de sua doença, o momento e a forma de informar os familiares sobre esta verdade e, ainda, a decisão quanto à prescrição de sedativos ou opióides no alívio da dor.

Questões ainda não esclarecidas no âmbito da psicologia e o direito não esclarecem completamente o assunto, tornando-se, assim, necessário trilhar um caminho além do mérito existencial, ou seja, entrar em aspectos da filosofia e da antropologia, de modo a compreender a complexidade desse tema.

Na busca de um olhar mais aprofundado, destaca-se aqui o modelo bioético personalista de Elio Sgreccia⁽⁸⁾, cuja fundamentação é a pessoa humana na sua unidade, constituída de corpo e alma. Essa dimensão valoriza a experiência elementar, que é o conhecimento da própria experiência. Visa a uma concepção integral do indivíduo e recusa propostas ideológicas, parciais e contingentes, na busca de promover a defesa de todo o bem da pessoa⁽⁹⁾.

Um outro modelo de paradigma bioético difundido nos comitês de Ética dos hospitais, nas discussões dos profissionais e em muitos documentos da OMS, é o paradigma principialista desenvolvido por Tom Beauchamp e James Childress⁽¹⁰⁾, autores do livro *Principles of biomedical ethics*. Este paradigma propõe o que Pessini e Barchifontaine denominaram de trindade bioética, ou seja, os princípios da beneficência (e como uma consequência a não-maleficência), justiça e autonomia, a serem discutidos mais adiante⁽¹¹⁾.

Frente aos problemas cotidianos vividos no contexto hospitalar, faz-se necessária uma reflexão embasada nesses princípios norteadores da ação, de modo que não se percam os referenciais ontológico e antropológico do ser humano, sob pena de transformá-los em princípios estéreis e confusos^(8,9). Sabe-se que esta não é uma tarefa fácil, que exige, não apenas recursos técnicos, disponibilizados pela formação acadêmica, mas, sobretudo, recursos humanos, intrínsecos ao próprio indivíduo (profissional de saúde), em sua relação com o outro em situação de profunda angústia (paciente). Angústia esta que, invariavelmente, também é vivenciada pelo profissional e que quando não elaborada acaba por contribuir para a despersonalização do atendimento ao paciente e sua família, gerando distanciamento, estresse e mais sofrimento para ambos da dupla relacional.

Diante do exposto, na busca de uma maior compreensão da realidade vivenciada pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais etc.) no contexto da morte e morrer e seus dilemas éticos, o presente artigo tem por objetivo, em sua característica de estudo bibliográfico, conhecer e refletir sobre o que está sendo publicado na literatura científica sobre a questão da morte e do morrer em suas nuances bioéticas, bem como o modo como os profissionais de saúde estão enfrentando e discutindo tais aspectos. Para tanto, será tratado o conceito de bioética, seus paradigmas e principais focos de discussão na atualidade, ou seja, as questões sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia. Em seguida o trabalho abordará a vivência do profissional de saúde dentro desse complexo contexto, seus dilemas e seus recursos para lidar com as situações limites entre vida e morte.

Método

Este estudo qualitativo-descritivo, foi realizado por meio do levantamento bibliográfico manual de livros e publicações indexadas e pelo acesso ao banco de dados LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências de Saúde) e Scielo, utilizando os descritores "bioética, cuidados paliativos e assistência à saúde". A maioria das referências nacionais citadas datam a partir de 2000, com exceção de alguns livros clássicos. Para inclusão no estudo foram mencionados os seguintes critérios: meio de publicação: periódicos e livros; idioma de publicação: português; referências que enfocam como objeto de estudo questões sobre a morte e o morrer no juízo (a)bioético para os profissionais da saúde; modalidade de produção científica: trabalhos empíricos, artigos teóricos e de revisão.

De posse dos textos, foi realizada uma leitura geral, a fim de se obter um panorama das publicações científicas envolvendo os temas sobre a morte, o morrer, bioética e profissionais de saúde. Após esse contato inicial, as leituras foram direcionadas ao objetivo do trabalho e embasadas em uma análise compreensiva dos dados.

As releituras se deram quantas vezes se fizeram necessárias e visaram à detecção de temas relacionados à proposta do estudo^(12,13). Desse trabalho emergiram duas grandes temáticas, que serão desenvolvidas a seguir: bioética: conceitualização e principais discussões; e profissionais de saúde: principais dilemas enfrentados.

BIOÉTICA: CONCEITUALIZAÇÃO E PRINCIPAIS DISCUSSÕES

O termo bioética foi apresentado pela primeira vez pelo oncologista Potter, em 1971, em sua obra *Bioethics - Bridge to the Future*⁽⁷⁾. É definida como "o ramo da ética que enfoca questões relativas à vida e à morte, propondo discussões sobre alguns temas, entre os quais: prolongamento da vida, morrer com dignidade, eutanásia e suicídio assistido"(p.117). Iniciando-se com uma grande preocupação, dentro da teologia, com valores humanos, a bioética estendeu-se pela filosofia, adquiriu um caráter multidisciplinar (direito, antropologia, ciências sociais, psicologia e outras). Nas ciências da saúde, especificamente, preocupou-se com as condutas médicas e a relação médico-paciente. Em uma terceira fase, as dis-

cussões bioéticas centram-se na macropolítica da saúde, economia e na questão dos excluídos⁽⁷⁾.

Ainda destacando as colocações de Kovács⁽⁷⁾, sob o referencial principlista, o desenvolvimento da bioética funda-se em um tripé, denominado de “trindade bioética”, ou seja, nos princípios da autonomia, beneficência e justiça. A autonomia refere-se ao direito do indivíduo de autogovernar-se, isto é, exercer a função de protagonista em seu processo de saúde e doença. O princípio da beneficência diz respeito ao fazer o bem e evitar o sofrimento adicional. O princípio da justiça deve ser entendido como equidade, reconhecendo que todas as pessoas devem ter suas necessidades atendidas, preservadas suas diferenças e singularidades.

Sobre a questão do respeito aos princípios bioéticos, sobretudo com relação à beneficência e autonomia do paciente diante de sua própria vida, discute-se a eutanásia como um tema complexo que tem sido alvo das atuais reflexões na área.

Assinada pela igreja católica, em 1980, a declaração sobre a eutanásia a descreve como "uma ação ou omissão que, por sua natureza ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar toda a dor. A eutanásia situa-se, portanto, no nível das intenções e no nível dos métodos empregados"(p. 406)⁽¹²⁾.

Em termos de caracterização, o ato da eutanásia pode ser ativo, passivo e de duplo efeito, sendo os dois últimos os mais aceitos na sociedade atual. O primeiro (eutanásia ativa) é a ação que causa ou acelera a morte; o segundo (eutanásia passiva) consiste na retirada dos procedimentos terapêuticos que prolongam a vida.

A eutanásia de duplo efeito consiste em uma ação de cuidados realizada que acaba conduzindo, como efeito secundário, ao óbito. Um exemplo disso seria a analgesia e a sedação, utilizadas em pacientes sem possibilidades terapêuticas, que têm como objeto principal aliviar os sintomas e promover a qualidade de vida, e não provocar a morte, embora esta possa ocorrer⁽⁷⁾.

Em relação ao respeito pela pessoa doente, não se pode privá-la de sua autonomia, em nome da beneficência de cunho "paternalista", que prioriza apenas a visão do médico e não consegue vislumbrar o desejo do paciente. Isto pode acontecer até no momento final da vida.

Há que se levar em conta autodeterminação do paciente e sua autonomia, desde que ele esteja consciente de suas decisões, sendo dever do médico assim atuar no benefício do enfermo⁽¹²⁾.

Segundo o modelo bioético personalista, na busca de decisões sábias diante do paciente em situação limite, é necessário atenção a um método que direciona para a pessoa humana, em sua essência, natureza e verdade. Basicamente são esses três os elementos que constituem o indivíduo. Se formos capazes de aceitar que ele pode ser formado por muitos componentes e reconhecermos nesses sua complexidade, se tornaria possível respeitá-lo em tudo o que ele representa.

Frente à questão ontológica do ser humano, é importantíssimo se ter claro o conceito de pessoa. Existem diferentes definições, mas vamos nos ater à duas concepções essenciais.

A primeira, conceitualizada por Engelhardt Jr, 1998 apud Ramos(2003)⁽¹³⁾, refere-se à pessoa como indivíduo consciente, racional, livre para escolher e possuidor de um sentido moral. O valor do ser humano advém, para o autor, de seus atos e de seus aspectos psicológicos e empíricos. Aqueles que não compartilham destas características psicológicas não seriam sujeitos, mas "vidas humanas", tais como, a pessoa em estado vegetativa, o doente mental.

A bioética personalista amplia essa visão ao afirmar que o valor da pessoa provém da própria estrutura ontológica do ser humano. Nas palavras de Meilaener, 1997 apud Ramos(2003)⁽¹⁵⁾:

Em décadas passadas, tornou-se comum definir a personalidade segundo determinadas capacidades. Para ser pessoa é preciso ter consciência, autoconsciência e ser produtivo. [...] Nossa história pessoal começa com dependência - primeiramente no ventre materno e depois como recém-nascidos. Muitas vezes nossa vida termina também na dependência da velhice e na perda das capacidades que tínhamos. A condição de pessoa não é algo que possuímos em determinado ponto dessa história. [...] A dependência faz parte da história da vida das pessoas.

Sgreccia⁽⁸⁾ afirma que o ser humano é antes de tudo um corpo espiritualizado, um espírito encarnado que vale por aquilo que é e não somente pelas escolhas que faz. Cada indivíduo é singular e único e responsável pelos seus atos.

Sgreccia⁽⁸⁾ cita duas atitudes que impedem o homem de dar sentido à morte. De um lado ela é negada e retirada da consciência, da cultura, da vida e rejeitada como critério de verdade e avaliação da existência cotidiana; por outro lado, é apressada e imediatamente afastada, evitando a consciência de sua presença.

Nesse contexto, a eutanásia é vista como um processo que supervaloriza a independência do homem na tomada de decisões, distanciando-se, assim, de Deus e, conseqüentemente, tornando banal o sofrimento humano e rejeitando o simbolismo religioso da morte.

Na contramão dessa perspectiva, mas muito vinculado à medicina moderna e seu paradigma, Pessini⁽¹⁴⁾ define o conceito de distanásia como o prolongamento exagerado da agonia, sofrimento e morrer, no âmbito de um tratamento "inútil e fútil", baseado na "obstinação terapêutica". No Brasil, a tradição médica tem a tendência de validar a prática da distanásia, amparada pela lei.

Assim, o artigo 56 do Código de Ética Médica⁽¹⁵⁾ autoriza a distanásia ao dizer "que é vedado ao médico: desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo de iminente perigo de vida"(p. 62).

Isso fica evidente, também, no artigo 57 do Código de Ética Médica Brasileiro⁽¹⁶⁾, que fala da obrigação do médico em "utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente[...]"(p. 63).

Ocorre que muitos médicos ainda interpretam tais prescrições legais baseados na concepção da medicina moderna (exclusivamente curativa), sentindo-se obrigados a fazerem tudo pelo paciente e em qualquer circunstância, até mesmo quando a morte é inevitável.

Amparando tal atitude médica, soma-se o artigo 133 do Código Brasileiro, que prevê crime à omissão de socorro⁽¹²⁾. Todavia, Breitbart⁽¹⁶⁾ cita em seu artigo um estudo próprio, no qual constatou que 17% de pacientes com câncer em estágio terminal têm um forte desejo de uma morte imediata.

Como o resultado dessas reflexões, Pessini⁽¹⁷⁾ retoma o conceito de ortotanásia, definido como:

"[...] A arte de bem morrer, que rejeita toda forma de mistanásia (morte infeliz, vida abreviada não apenas de algumas pessoas, mas de centenas de milhares por violência, exclusão e pobreza), sem cair nas ciladas da eutanásia e muito menos da distanásia" (p. 28).

Trata-se de um conceito novo que adquiriu visibilidade pública na Espanha através de alguns teólogos moralistas e vem crescendo sua aceitação no meio da saúde, também no Brasil. Assim, pautada na perspectiva de um compromisso com a promoção do bem-estar do doente crônico e terminal, a ortotanásia busca enfrentar a realidade da existência com aceitação e encarar a morte

não como uma doença a curar, mas sim como algo que faz parte da vida.

Diante, pois, das questões bioéticas envolvendo a vida e morte humana, no sentido mencionado anteriormente, impõe-se o aspecto espiritual que, recentemente, tem sido objeto de estudo por parte de alguns estudiosos^(18,19,20). Sabe-se que a fé proporciona conforto, paz, esperança e sentido, principalmente para pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Para o Papa Pio XII, é reconhecido o valor salvífico do sofrimento humano, mas não há nenhum compromisso de deixar de utilizar analgésico, quando preciso. Não há um culto à dor ou ao dolorismo; pelo contrário, o alívio da dor é um bem.

Sobre essa questão da espiritualidade no âmbito da morte e sofrimento, destaca-se o estudo realizado por Teixeira e Lefèvre⁽²⁰⁾, que, tendo como base entrevistas com psicólogos, concluíram que a fé, diante de uma grave enfermidade, traz ao paciente maior força de vontade para o enfrentamento da doença. Conclui-se pela necessidade do profissional de saúde estar atento aos sentimentos religiosos do paciente, ou seja, reconhecer sua dimensão espiritual, na medida em que esta lhe traz estímulo para o tratamento, qualquer que seja a natureza deste.

Percebe-se que a consideração das questões espirituais, como importante dimensão humana, consiste em uma profunda afirmação da vida, que ultrapassa o reducionismo biológico e nos remete a uma concepção humana, essencialmente biopsicossocial e espiritual.

Trata-se dos profissionais de saúde à exigência de uma especial atenção à realidade da dor e do sofrimento humano, evitando, assim, o desengano da obstinação terapêutica. À medida que o objetivo das intervenções em saúde passe a ser focado, não apenas no cuidado, mas, sobretudo, no resgate da dignidade humana associada ao cuidado, a saúde poderá se orgulhar de vislumbrar a vida que há na morte.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE: PRINCIPAIS DILEMAS ENFRENTADOS

Os benefícios introduzidos pela tecnologia científica na área de saúde são indiscutíveis, pois o progresso tecnológico está sendo fundamental para a resolução de problemas e para a manutenção da vida das pessoas.

Para Sgreccia⁽⁸⁾, o aumento progressivo e acelerado das especialidades médicas, com o desenvolvimento da

ciência médica, comporta problemas não só de ordem epistemológico-didática, mas, sobretudo, ética: o desvanecimento da visão global, da concepção holística e da história pessoal do paciente, mais precisamente, a setorização do diagnóstico e a despersonalização da doença. Se por um lado essa "superespecialização" da ciência médica tem a vantagem de aumentar o número de dados sobre a doença, sobre o diagnóstico e sobre o tratamento do paciente, por outro, ela requer maior empenho dos profissionais de saúde para compor tanto o objeto de pesquisa ou de tratamento (a doença), quanto a unidade de consciência no indivíduo doente e, conseqüentemente, a dualidade da relação médico-paciente. Trata-se do "reducionismo científico". Nas palavras de Sgreccia:⁽⁸⁾

[...] Não se pode explicar uma casa construída descrevendo-se apenas os tijolos e o plano pela qual eles se justapõem uns aos outros. O problema não é mais apenas científico-descritivo, mas se torna por isso filosófico. [...] a tentação reducionista está presente dentro da medicina, não apenas no momento científico e de pesquisa de base, mas também no momento aplicativo e de assistência ao doente, todas as vezes que a ótica da relação médico-paciente se tornar reducionista, eliminando o "espírito", a palavra, o diálogo e a leitura pluridimensional e não apenas biológica da doença, da dor, da morte e da terapia (p. 188).

Delinea-se, assim, de maneira cada vez mais nítida, o eixo da problemática bioética na área da saúde. A relação médico-paciente, imersa e entregue à "tentação tecnológica", traz como conseqüências o aumento, cada vez maior, do poder conferido ao fazer do médico e à sua idealização como detentor do conhecimento, acarretando, por sua vez, uma redução da escuta e do diálogo entre a díade, a medicalização da vida e da morte e uma significativa imprecisão entre os limites do viver e do morrer^(8,22), tal como nos colocam Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann⁽²²⁾: "[...]urge discutir o que representam para a vida do ser humano os avanços técnico-científicos e a tecnologia das relações" (p. 89).

Dentro desse contexto, faz-se indispensável ao profissional de saúde superar essa dispersão, reunir os fragmentos e compor novamente o todo desse indivíduo tão violentado e, desse modo, estabelecer um compromisso com a vida, entendida como o bem maior, inviolável e digna de respeito. Essa não é uma tarefa fácil.

Outro aspecto importante marca a vivência do profissional de saúde no contexto hospitalar, influenciando, de maneira direta, a díade médico-paciente, a saber: os paradigmas assistenciais em saúde. De acordo com Pessini⁽²²⁾, as ações de saúde, na atualidade, são marcadas

pelo "paradigma da cura", cuja concepção afirma o foco das intervenções na doença e não no indivíduo que adoece; sustenta uma idolatria da vida física e busca retardar a morte, que é tida como uma falha da medicina moderna.

Por outro lado, uma outra posição baseia-se na aceitação benevolente da morte como parte da condição humana e, por isso, concebe como fundamentais o alívio do sofrimento e do cuidado, bem como a preocupação com a pessoa doente. É o chamado "paradigma do cuidado", que por sua concepção humanista, prioriza o cuidado sobre a cura, numa perspectiva em que a preocupação das intervenções em saúde se dá com a "pessoa doente" e não com a "doença da pessoa". Pessini⁽²¹⁾ resume com maestria tal concepção ao afirmar que:

[...]O cuidado é a pedra fundamental do respeito e da valorização da dignidade humana, sobre o qual tudo o mais deve ser construído. É no cuidar que mais expressamos nossa solidariedade para com os outros, e é por esse caminho que toda relação terapêutica, enquanto tal, deveria se caracterizar, mas de forma especial neste contexto crítico de final de vida (p. 197).

Nesse sentido, ao contrário do que, muitas vezes, se supõe na medicina moderna, o binômio médico-paciente, dentro do contexto dos cuidados paliativos, não está fadado ao fim. Se por um lado a situação de terminalidade inviabiliza a tão sonhada cura, por outro ela abre a possibilidade de um aprofundamento dessa relação humana, superando o reducionismo e a "tentação tecnológica" e abrindo espaço para a inserção de uma visão mais global e humana da assistência à saúde.

Apesar disso, o que se nota nas práticas em saúde é um profissional mergulhado nesse complexo contexto e, por isso mesmo, paralisado, sem condições de refletir e programar uma ação sustentada frente aos dilemas bioéticos que lhe são impostos em sua prática cotidiana.

Ou, ainda, o que é mais perigoso, um profissional autômato, adotando uma postura mecânica, dissociada de seus aspectos humanos mais intrínsecos e, em decorrência disso, reprodutora do perigoso reducionismo mencionado anteriormente. Pensar no profissional de saúde enquanto cuidador traz à tona a questão dos seus aspectos pessoais e profissionais para lidar com a impactante realidade das instituições hospitalares.

Carvalho⁽²³⁾, em seu artigo sobre os profissionais de saúde que lidam com pacientes portadores de doenças graves ou fora de possibilidades terapêuticas, refere que

a concepção da morte como um fracasso (paradigma da cura), a insalubridade do ambiente e a alta exposição a diferentes fontes de estresse (como indisponibilidade de recursos financeiros, complexidade tecnológica, riscos ocupacionais e baixa remuneração), podem levar ao surgimento da síndrome da sobrecarga no trabalho, caracterizada por fadiga, irritabilidade, distúrbios do sono e concentração, depressão e queixas físicas. Essa síndrome tem uma expressão denominada pelos profissionais de saúde de *Burn-out*.

Outros autores enfatizam a questão do preparo do profissional de saúde para lidar com a morte em suas várias facetas nas instituições de saúde^(24,25,26), sendo que todos são unânimes ao afirmar que se trata de um tema permeado por angústias e inseguranças, que exige dos profissionais uma extrapolação da competência meramente técnica e acadêmica.

A dificuldade na comunicação médico-paciente, o temor dos sentimentos, o isolamento das emoções (neutralidade) e a dinâmica de onipotência e idealização (identificação médica com a imagem de plenitude), são alguns dos fatores que assombram a assistência à saúde. Por isso, muitas vezes, na tentativa de fugir dos sentimentos que a morte provoca, o profissional omite informações do paciente e imprime a si mesmo uma dinâmica de exclusão das emoções, que justifica a falta de relacionamento com aquele que adoce, protegendo-se, assim, do sofrimento frente à morte do outro⁽²⁴⁾. Explicam os autores:

"[...] É que estamos na presença de um ser humano que, diante dos perigos de um envolvimento que escaparia a seu controle por não dispor de ferramentas adequadas para com ele lidar, lança mão dos únicos mecanismos de que dispõe: dissociar a doença daquele que a padece. Com efeito, o isolamento das emoções é uma forma privilegiada que a medicina encontra para fazer frente a essa armadilha da profissão médica, que é estar quotidianamente em contato com a morte, mas, contraditoriamente, não ser preparado para lidar com ela" (p. 206).

Dentro dessa dinâmica, profissional de saúde acaba por perder a possibilidade de prestar ajuda ao paciente

sem possibilidades terapêuticas, comprometendo, desse modo, os pilares da filosofia dos cuidados paliativos. Torna-se fundamental na assistência à saúde a ênfase nas relações humanas, com espaços reservados para a reflexão e discussão envolvendo questões bioéticas, que auxiliam a análise frente aos dilemas da prática profissional no contexto da morte, do morrer e do cuidado no hospital⁽⁴⁾.

CONCLUSÃO

Ao longo de toda essa trajetória empreendida nos caminhos traçados pelo binômio vida/morte, enquanto profissionais de saúde percebem-se que o cuidar de paciente em estado grave/terminal exige, essencialmente, compartilhar com ele experiências e vivências que culminem na ampliação do foco de atenção do cuidador, facilitando a compreensão da pessoa que adoce em sua singularidade e dignidade. Fazendo uma apropriação das palavras de Pessini⁽²²⁾, trata-se da "necessidade imperiosa de cuidado solidário, que une competência técnico-científica e humanidade, principalmente em situações extremas na fronteira entre a vida e a morte" (p. 12).

Desse modo, apesar das possíveis diferenças filosóficas e ideológicas, faz-se necessário que os profissionais de saúde, ao cuidarem de pacientes graves, se mostrem conscientes e atentos aos direitos da pessoa humana, ao real significado dos conceitos de saúde e doença, às questões da falta de possibilidades terapêuticas, à velhice extrema e à morte.

Espera-se que estes mesmos profissionais se perguntem se não terão o direito de buscar para si mesmos, tal como para seus semelhantes, uma "morte suave", digna.

Acreditamos que, muitas vezes, o pedido do paciente para abreviação de sua vida, pode não ser um verdadeiro desejo de eutanásia, mas, talvez, um anseio angustiado por ajuda, atenção, amor e afeto, que transpõe o âmbito dos cuidados médicos físicos e que, por essa razão, deve ser escutado por todos que o cercam, sejam médicos, psicólogos, enfermeiros, pais, filhos ou amigos.

REFERÊNCIAS

1. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma reposta diante da obstinação terapêutica. *O Mundo da Saúde* 2003; 27(1): 15-32.
2. Organização Mundial de Saúde. Alívio da dor no câncer. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
3. Franco MHP. Cuidados paliativos e o luto no contexto hospitalar. *O Mundo da Saúde* 2003; 27(1): 182-191.
4. Santos DV, Massarollo MCKB. Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico fora de possibilidade terapêutica: uma questão bioética. *Rev latino-am Enfermagem* (2004); 12(5): 790-796.
5. Rodrigues IG, Zago MMF, Caliri MH. Uma análise do conceito de cuidados paliativos no Brasil. *O Mundo da Saúde* 2003; 27(1): 147-154.
6. Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O Mundo da Saúde* 2005; 29(4): 491-509.
7. Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP* 2003; 14(2): 115-167.
8. Sgreccia E. Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica. São Paulo: Loyola; 1996.
9. Ramos D L. P. Fundamentos e princípios de bioética. *Notandum* 2002;(9), 37-46.
10. Beauchamp , Childress 1979
11. Caparelli ABF, Santos SRB. Ética e bioética. In: Franco MHP. Nada sobre mim sem mim: estudos sobre vida e morte. Campinas: Livro Pleno; 2005. p. 93-108.
12. Pessini L. Distanásia. Até quando prolongar a vida? São Paulo: Editora Centro Universitário São Camilo; 2001.
13. Ramos DLP. A preocupação com a ética na pesquisa em seres humanos representadas na redação de teses apresentadas à faculdade de odontologia da Universidade de São Paulo. Tese de Livre-Docência, Faculdade de odontologia, Universidade de São Paulo. 2003?
16. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessini H, Kaim M, Funesti-Esh J, Galieta M. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill cancer patients. *JAMA* 2000; 284: 2907-2911.
17. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma reposta diante da obstinação terapêutica. *O Mundo da Saúde* 2003; 27(1): 15-32.
18. Breitbart W. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. *O Mundo da Saúde* 2003; 27(1): 45-57.
19. Gimenes MGG. A passagem entre a vida e a morte: uma perspectiva psico-espiritual em cuidados paliativos domiciliares. *O Mundo da Saúde* 2003; 27(1): 153-158.
20. Teixeira JJV, Lefèvre F. Humanização nos cuidados de saúde e a importância da espiritualidade: o discurso do sujeito coletivo - psicólogo. *O Mundo da Saúde* 2003; 27(1): 362-368.
21. Pessini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004.
22. Bettinelli L. A.; Waskiewicz, J. e Erdmann, A. L. (2004). Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p. 87-100.
23. Carvalho VA. Cuidados com o cuidador. *O Mundo da Saúde* 2003; 27(1): 138-147.
24. Quintana A M, Cecim P S, Henn C G. O preparo para lidar coma morte na formação do profissional de Medicina. *Rev Bras Educação Médica* 2002; 26(3): 204-210.
25. Starzewski Junior A, Rolim LC, Morrone LC. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. *Rev Associ Medica Bras* 2005; 51(1): 11-16.
26. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade terapia intensiva. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2005; 13(2): 145-150.