Contra-indicações médicas, direito a recusar tratamentos e o problema da qualidade de vida nos dilemas de decisão em Medicina

MARCO ANTÔNIO OLIVEIRA DE AZEVEDO

Membro da Câmara Técnica de Ética Médica e Bioética do
Conselho Regional de Medicina – CREMERS

Compare as seguintes situações:

I – Em 1973, Dax Cowart, 25 anos, foi vítima de queimaduras severas causadas por explosão de gás butano. Levado à Unidade de Queimados do Hospital Parkland, Dallas, foi diagnosticado como tendo queimaduras graves em 65% da superfície corporal. Suas mãos e face sofreram queimaduras de terceiro grau e seus olhos foram severamente lesados. Foi instituído tratamento em unidade de terapia intensiva. Depois de um período inicial em que sua sobrevivência estava sob risco, estabilizou, mas sobreveio a amputação de vários dedos e a remoção de seu olho direito. Durante a maior parte dos 232 dias de hospitalização em Parkland e nas poucas semanas em que esteve no Instituto de Reabilitação e Pesquisa do Texas, em Houston, e também em sua estada subseqüente por seis meses na seção médica da Universidade do Texas, em Galveston, Dax repetidamente insistiu que o tratamento deveria ser interrompido, pedindo para que o deixassem morrer. Em que pese sua demanda, os tratamentos para as queimaduras foram continuados, enxertos de pele foram realizados, e nutrição e líquidos foram mantidos. Dax teve alta totalmente cego, com um mínimo uso de usas mãos, com várias cicatrizes e dependente de outros em suas necessidades pessoais (Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical ethics. McGraw-Hill, 4ª ed., 1998).

II – E.V.A. é uma senhora em fase avançada de esclerose múltipla, sofre de osteomielite crônica e possui úlceras de decúbito que não vêm respondendo a medidas terapêuticas, inclusive a enxertos de pele. Durante o mês passado, E.V.A. esteve por três vezes internada em unidades de terapia intensiva com pneumonia aspirativa, tendo feito uso de ventilação mecânica. Quatro dias após a alta de sua última hospitalização, E.V.A. foi trazida à emergência pelo serviço de emergência pré-hospitalar da cidade. A avaliação dos plantonistas é de que E.V.A. está séptica, em choque e já em respiração agônica. Deve a equipe médica entubá-la?

Em discussões bioéticas, casos como esses são analisados, em geral, tendo em vista certos princípios tidos como *prima facie* válidos. Analisa-se cada caso tendo-se em vista o respeito ao chamado *princípio da autonomia* (ou, noutra versão, ao princípio do *respeito* à autonomia dos pacientes), ao princípio da *beneficência*, ao da *não-maleficência*, e ao alegado *princípio da justiça* (digo "alegado", pois, de fato, há *princípios* de justiça, e não um único). Essa forma de abordagem, no entanto, em que pese tenha sido canonizada em nosso meio, deixa de levar em conta um dos aspectos centrais de nosso cenário moderno, a saber, o de que nossas opiniões derivam, com freqüência, de tradições morais diferentes, algumas independentes entre si, outras inclusive rivais. Assim, parece-me mais prudente classificar as diferentes atitudes possíveis relacionando-as a essas tradições. Analisando os casos acima, vou referir-me a duas tradições diferentes, ainda que de modo sumário. A primeira chamarei de *tradição hipocrática* e a segunda, de *tradição liberal*.

A tradição hipocrática representa o discurso moral tradicional da Medicina, entendido como um discurso em fase de mudança e evolução. Sob o prisma dessa tradição, em ambos os casos, é possível, ao menos *prima facie*, chegar-se a uma opinião médica consensual. E penso (o espaço de que disponho não me permite explorar isso em detalhes) que a maioria dos médicos hoje consideraria que, tanto no caso de Dax, como no de E.V.A., é possível chegar a uma opinião médica comum e eticamente aceitável. No primeiro caso, a opinião consensual seria a de que todas as iniciativas médicas para tentar ajudar Dax foram justificadas. No segundo caso, todavia, a opinião consensual seria a de que não se justifica, de um ponto de vista puramente médico, proceder à intubação de E.V.A., ou mesmo tentar reanimá-la. Isso tudo independentemente de considerações em torno da "autonomia" dos pacientes. Ou seja, estas seriam, *ceteris paribus*, as recomendações médicas consensuais: continuar tratando Dax; mas não reanimar E.V.A.

Há alguma contradição nesse pensamento? Como afirmei acima, a tradição hipocrática é uma tradição em processo de mudança, em estado de evolução. Assim, é perfeitamente possível que a decisão de não reanimar E.V.A. não fosse a decisão consensual entre os médicos em tempos passados. Considere-se, por exemplo, o famoso caso da jovem Karen Ann Quinlan. Karen, uma jovem em estado vegetativo permanente, foi mantida em ventilação mecânica prolongada por seus médicos assistentes, contra a solicitação da própria família.[1] Atualmente, os médicos dificilmente manteriam a mesma opinião e provavelmente julgariam que, em casos paradigmáticos como o de Karen, não se acha justificada a internação em unidade de terapia intensiva. A idéia é de que, como não há qualquer prognóstico favorável, e considerando-se a ausência permanente de funções cognitivas dado o diagnóstico de estado vegetativo permanente, proceder a tratamentos em UTI, incluindo o uso de ventilação mecânica, apenas prolonga, e de fato aumen-

[1] Discuti este caso extensamente no primeiro capítulo de meu livro *Bioética Fundamental* (Tomo Editorial, 2002).

ta, nesses casos, a morbidade do paciente, sem quaisquer benefícios médicos para a pessoa (pois nossos pacientes, afinal, são pessoas, e não simplesmente corpos, órgãos ou funções vitais). Nossa recomendação (que se dirige ao paciente ou seus familiares) é a de que, em casos como o de Karen, e também em casos como o de E.V.A., deve-se sobretudo evitar o dano decorrente do uso da medicina. O que não deve implicar, certamente, o abandono de toda e qualquer terapêutica, e sim que *certos* procedimentos médicos são *nesses casos* contra-indicados, dado seu malefício potencial ao doente.

Mas isso não se aplica, ao menos paradigmaticamente, ao caso de Dax Cowart. Embora o uso da medicina tenha provocado malefícios ou danos a Dax, tais danos tratavam-se de conseqüências não intencionais de medidas médicas que proporcionaram a proteção da saúde do paciente, dentro das circunstâncias. O que não significa que tais conseqüências não pudessem ser consideradas como intoleráveis aos olhos do próprio paciente.

O caso de Dax é um caso paradigmático de *recusa* persistente do paciente a tratamentos médicos por razões que não são propriamente médicas. De um ponto de vista *médico*, há certos paraefeitos ou danos previsíveis que são toleráveis sempre na medida em que haja preservação não apenas da vida da pessoa, mas de uma condição de saúde minimamente aceitável, cujos problemas decorrentes sejam suscetíveis de alguma abordagem em termos de preservação da saúde geral da pessoa, terapêutica clínica ou cirúrgica de lesões ou doenças persistentes (crônicas ou agudizadas), ou atenção visando à reabilitação. Porém, de um ponto de vista todavia não-médico, é possível que nenhuma dessas situações sejam aceitáveis aos olhos do próprio paciente, isto é, que certas condições ou conseqüências possam, à luz de seus próprios valores, ser consideradas *intoleráveis*.

Essas considerações, porém, deixam ao largo um problema de difícil consideração: o tema da qualidade de vida. Atualmente, é corrente entre os médicos introduzir considerações sobre a qualidade de vida de seus pacientes em suas decisões. No entanto, pode um médico, como médico, avaliar a qualidade de vida de alguém sem amparar-se em considerações *médicas*? A expressão *qualidade de vida*, note-se, não é só complexa, como confusa. Ela representa idéias ou pensamentos distintos, nos quais se acham entremeados pontos de vista derivados de culturas e tradições diferentes. Minha questão é: como pode a medicina manter uma visão coerente sobre a qualidade de vida das pessoas sem levar em conta considerações éticas oriundas ou internas a sua própria *arte* ou *técnica*? Ao falarmos em qualidade de vida estamos, muitas vezes, levando em conta opiniões que temos não propriamente como médicos, mas como pessoas comuns que também compartilham visões e pensamentos derivados das mais distintas tradições, culturais ou religiosas. Nesse caso, faria sentido introduzirmos tais opiniões diretamente em nosso raciocínio, sem o cuidado devido, fazendo nosso paciente crer que se trata de inserções genuínas no pensamento de nossa própria tradição? Ao contrário, penso que a humildade em reconhecer nossas limitações é o que nos permitiria levar em conta, nesses casos, que o mais importante é fazer valer apenas opiniões médicas autênticas e as opiniões que traduzam com autenticidade o ponto de vista do próprio paciente, e não nossas idiossincrasias pessoais. É, aliás, o que se acha implícito nas teses que insistem na exigência de respeitar a *autonomia* dos pacientes, teses que entendo como derivadas do pensamento, que intitulei *tradição liberal*. A propósito, esse pensamento já se encontra cimentado inclusive em nosso código de ética, como um sinal de uma evolução no cerne de nossa própria tradição, na forma de uma norma explícita, a saber, a norma de que "é vedado ao médico efetuar qualquer tratamento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida" (Art. 46 CEM).

Resta, todavia, discutir se não é possível considerar a legitimidade de recusas de tratamento mesmo para casos de "iminente perigo de vida". Iniciativas médicas contrárias à vontade do paciente, como no de Dax, geralmente se justificam em razão dessa cláusula. Porém, é de se pensar se essa cláusula não deveria limitar-se apenas a situações de emergência, excluindo casos em que a decisão do paciente é clara e persistente. Todavia, não penso que esse assunto seja algo que caiba aos médicos decidirem. Nem mesmo cabe, penso, à "Bioética" (se é que existe uma instância deliberativa independente desse tipo). Decidir sobre questões de direito, independentemente de nossas opiniões, cabe de fato à Justiça. Minhas idiossincrasias favoráveis a uma sociedade livre levam-me a preferir um mundo em que as pessoas tenham a liberdade de decidir se preferem ou não tolerar certas conseqüências de certos tratamentos, mesmo que isso possa custar-lhes a própria vida. Mas essa não é uma opinião que sustento como *médico*, embora eu possa, de fato, sustentá-la como filósofo, e mais ainda, como um cidadão.