

Artigo de Opinião

Opinion Article

Filipe Monteiro*

Ventilação mecânica e obstinação terapêutica ou distanásia, a dialéctica da alta tecnologia em medicina intensiva

Mechanical ventilation and medical futility or dysthanasia, the dialectic of high technology in intensive medicine

Recebido para publicação/received for publication: 06.03.08
Aceite para publicação/accepted for publication: 06.03.30

Resumo

Distanásia é qualquer um dos seus sinónimos é uma consequência de excessiva terapêutica em relação ao prognóstico esperado. A obstinação terapêutica é um dos dilemas éticos mais angustiantes no quotidiano de medicina intensiva, apesar de a sua apreciação entrar um suporte normativo em várias instituições e organizações. A manutenção ou não suspensão da ventilação mecânica numa determinada circunstância de fim de vida pode ser considerada como um exemplo paradigmático de obstinação terapêutica. A compreensão desta postura passa pela análise e

Abstract

Dysthanasia or any of its synonyms is a consequence of excessive technical science, without any reasonable chance of achieving a therapeutic benefit for the patient. Medical futility is a distressing ethical dilemma in intensive care medicine. Its recognition has led to a precept supported in various institutions and organizations. Not withdrawing or withholding mechanical ventilation in certain circumstances can be considered as a paradigmatic model of medical futility. The understanding of this posture implies a philo-

* Assistente Hospitalar Graduado no Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa. Mestre em Bioética.

reflexão de act médico à luz de alguns conceitos ético-filosóficos.

Rev Port Pneumol 2006; XII (3): 281-291

Palavras-chave: Ética, obstinação terapêutica, distanásia, medicina intensiva.

ethical approach and reflexion of medical practice.

Rev Port Pneumol 2006; XII (3): 281-291

Key-words: Ethics, medical futility, dysthanasia, intensive medicine.

A ética, ramo da filosofia que estuda os factores que determinam a conduta humana em geral, tem como objectivo, não que respeite à medicina, a execução de um conjunto de regras de conduta moral, deontológica e científica dos profissionais de saúde em relação aos doentes. É sabido que, neste relacionamento entre o médico e o doente, a tecnologia tem vindo a ocupar um espaço imprescindível e a ganhar, rápida e progressivamente, uma relevância cada vez maior.

O avanço no campo da tecnologia tem despertado, em alguns sectores das sociedades dos países mais desenvolvidos, preocupações éticas relacionadas com as consequências que uma utilização indiscriminada das suas realizações possa vir a ter na vida dos indivíduos e das respectivas

comunidades. Não que diz respeito à medicina, a inquietude tem estado centrada nas questões da eutanásia, da clonagem, das células estaminais e dos embriões excedentários, entre outras. Sem pôr minimamente em causa a reflexão que estes temas merecem, parece-nos, contudo, que existem outras questões resultantes da aplicação da alta tecnologia no quotidiano da prática médica que deviam obter igual ponderação, mas que têm passado à margem da atenção. Referimo-nos à questão da obstinação terapêutica (OT), um dilema ético que não tem ganjado, em nossa entender, a reflexão e o debate que seriam de esperar, tendo em consideração que é um problema vivido no dia-a-dia das unidades de cuidados intensivos de todas as instituições hospitalares e não uma questão em abstracto eu

de um futuro mais ou menos próximo. Entenda-se por OT uma atitude terapêutica excessiva (meios desproporcionados) em relação a uma determinada situação e ao respectivo prognóstico. Por outras palavras, trata-se de uma situação em que há uma manutenção ou uma não suspensão da escalada terapêutica numa circunstância de fim de vida. A escalada terapêutica implica determinados tratamentos, nomeadamente a ventilação mecânica (o seu início ou o seu prolongamento), a hemodiálise, as manobras de reanimação, a alimentação artificial, as aminas simpaticomiméticas, etc. A OT é referida pelos autores francófonos como «encarniçamento terapêutico», enquanto os anglo-saxónicos preferem a expressão «futilidade terapêutica». Esta situação é também, por vezes, descrita como distanásia (de origem grega, *dys*, «mal» ou «algo mal feito», e *thánatos*, «morte»). Este termo não é um sinónimo na verdadeira acepção da palavra, dado que, enquanto as expressões anteriores têm como fundamento a insistência num tratamento desenquadrado em relação ao prognóstico esperado, a distanásia implica atrasar o processo da morte através daquela atitude terapêutica. Contudo, na prática, é uma palavra utilizada com o mesmo significado.

Numa perspectiva ética, a OT pode ser analisada sob vários prismas. Decidimos considerar dois aspectos, que apresentamos em seguida.

Em primeiro lugar, importará demonstrar que a OT não vai, em nosso entender, ao encontro dos objectivos do acto médico, onde o tratamento a instituir deve estar de acordo com o prognóstico esperado;

assim sendo, não respeita os princípios éticos — beneficência, não maleficência, autonomia e justiça — que devem reger o mesmo. Nesta reflexão, tivemos em consideração apenas os princípios de beneficência e de não maleficência, nomeadamente no que diz respeito ao dever de não infligir o sofrimento e ao de suprimir o mal ou o sofrimento.

Em segundo lugar, convirá tentar encontrar uma explicação para a OT.

Escolhemos, como paradigma de OT, a ventilação mecânica prolongada numa situação de insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, nos estádios terminais de determinadas patologias. Esta temática tem sido, aliás, sede de inúmeros artigos em revistas da especialidade.¹

Neste estudo, englobamos, a título exemplificativo, quatro patologias: a pneumonia a *Pneumocystis carinii* nos doentes com a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), a neoplasia, a fibrose pulmonar idiopática e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

No que diz respeito à primeira destas patologias, a pneumonia a *Pneumocystis carinii*, o prognóstico passou por três períodos distintos²: antes de 1985, entre 1986 e 1993, e a seguir a 1993. No primeiro período, o prognóstico era francamente mau, sendo a mortalidade altíssima. O segundo período correspondeu à introdução de agentes anti-retrovirais no tratamento da SIDA e à corticoterapia associada ao antibiótico recomendado na pneumonia a *Pneumocystis carinii*, o que se

¹ Simonds, A. K. Simonds. Ethics and decision making in end stage lung disease. *Thorax* 2003; 58: 272-277.

repercutiu numa melhoria significativa no prognóstico. No terceiro período, apesar da diminuição no número de doentes com pneumonia, assistiu-se novamente a um agravamento no prognóstico;³ provavelmente porque os doentes que adquirem a pneumonia já o fazem em plena terapêutica com anti-retrovirais e, ainda, porque aquela evolui para uma insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica, não obstante a terapêutica com antibiótico e corticóides.

No que diz respeito à duração da ventilação mecânica, há um estudo que demonstra que não há sobreviventes quando o período de ventilação ultrapassa os 15 dias.⁴ Contudo, o número de doentes envolvido neste estudo era pequeno e houve outros estudos que foram discordantes.

Em relação aos doentes com neoplasia, independentemente da sua localização, quando estes são internados em cuidados intensivos por necessidade de ventilação mecânica decorrente de falência respiratória, o prognóstico é também muito sombrio.⁵

Foi inclusivamente estudada uma situação em que qualquer atitude terapêutica pode ser considerada como um exemplo de futilidade.⁶ Na investigação em causa, os doentes sujeitos a transplante da medula, com necessidade de ventilação mecânica por lesão pulmonar aguda e de aminas simpaticomiméticas por mais de 4 horas, associada a falência hepática ou renal, acabaram por não sobreviver (mortalidade de 100%). Este estudo serviu de base para protocolos em várias instituições hospitalares e, assim, os doentes naquelas condições passaram a ser desligados do ventilador.

Nos doentes com fibrose pulmonar idiopática em estágio avançado e que necessitem de ventilação mecânica por qualquer intercorrência, o prognóstico é também deveras desanimador, chegando alguns estudos, nestes casos, a propor a terapêutica paliativa como alternativa à ventilação mecânica.⁷ Esta seria recomendada somente para aquelas situações que estivessem indicadas para o transplante pulmonar.⁸

Por último, no que se refere aos doentes com a doença pulmonar obstrutiva crónica em fase avançada e insuficiência respiratória crónica agudizada com necessidade de ventilação mecânica prolongada — superior a 21 dias —, apesar de o prognóstico em relação ao desmame ventilatório ser favorável na maioria dos casos, numa pequena percentagem (cerca de 20%) a evolução é pouco favorável; mesmo naqueles que são sujeitos a traqueostomia.⁹

A experiência da Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR) do Serviço de Pneumologia (director: Prof. Doutor Bugalho de Almeida) do Hospital de Santa Maria, local onde exercemos a nossa actividade clínica, é exemplificada pelo quadro e pela figura em anexo.

Assim, o Quadro I mostra a mortalidade nas patologias acima referidas, enquanto a Fig. 1 apresenta, em termos globais, a mortalidade na ventilação mecânica prolongada (período ≥ 28 dias).

S Tern, tern JB, *et al.* Mal H, Groussard O, Brugière O, Marceau A, Jebrak G, Michel F. Prognosis of patients with advanced idiopathic pulmonary fibrosis requiring mechanical ventilation for acute respiratory failure. *Chest* 2001; 120:213-219.

Do exposto se infere que, nas fases avançadas de algumas patologias pulmonares complicadas com insuficiência respiratória, a instituição da ventilação mecânica e o seu eventual prolongamento no tempo devem merecer uma reflexão cuidada. De facto, a instituição ou a insistência nesta atitude podem desvirtuar a essência do acto médico, originando uma situação de manifesta obstinação terapêutica.

A obstinação terapêutica por parte dos médicos não se verifica apenas numa determinada especialidade médica ou num determinado país. Num estudo realizado em 16 países da Europa Ocidental, verificou-se que cerca de 73% dos intensivistas admitiam, na sua unidade, doentes sem qualquer perspectiva de um prognóstico favorável, apesar de estarem plenamente conscientes da escassez de recursos (camas) e da grande procura dos mesmos.¹⁰ O mais grave é que cerca de 40% insistiam no tratamento tendo a plena consciência da irreversibilidade da situação.

A inquietação com este procedimento vem desde os tempos da Grécia Antiga, como

Quadro I – Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR). Relação entre doentes ventilados e mortalidade – 1990-2004

| Patologia | Ventilados | Falecidos (%) |
|---|------------|---------------|
| Pneumonia a <i>Pneumocystis carinii</i> | 18 | 12 (66,66) |
| Neoplasias | 87 | 61 (70,11) |
| DPOC | 648 | 209 (32,25) |
| Fibrose pulmonar idiopática | 46 | 36 (78,26) |

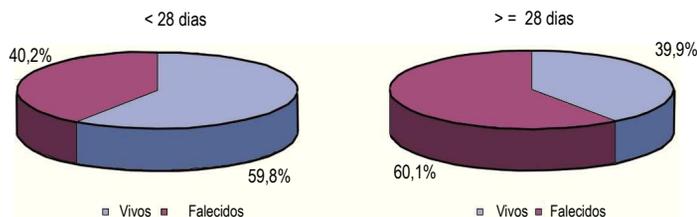


Fig. 1 — Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR). Duração de internamentos e mortalidade.

se pode inferir das palavras de Platão, quando afirmava que “Num corpo gravemente doente não se deve prolongar uma existência miserável através da dieta, infusões ou sangria.”¹¹. Embora num contexto diferente, também Sócrates manifestava ao discípulo Críton o seu desacordo em prolongar a ingestão de cicuta, ao afirmar: “Tornar-me-ia ridículo aos meus próprios olhos com esse apego a uma vida que já deu o que tinha a dar.”¹² Mais recentemente, entre nós, também Barahona Fernandes era bem claro, quando escrevia, a propósito da obstinação terapêutica: “Ao cuidar do sofrimento do homem, temos que consciencializar que nem tudo o que é possível deve ser feito.”¹³ Do mesmo modo, Jorge Biscaia, numa expressão que diríamos quase paradigmática, personifica assim a situação: “Porque a ciência tudo consegue, cai-se na medicalização excessiva. Os exames sucedem-se, as análises são exaustivas. Os médicos são ouvidos em permanente rotação. Nos profissionais da saúde a técnica substitui a palavra. A multiplicidade de apoios técnicos é um pretexto para esconjur a dificuldade de enfrentar a aparente derrota que é a doença não curável.”¹⁴ Constatamos, também, que a OT está, quer em termos éticos quer deontológicos,

em total desacordo com algumas determinações e articulados. Assim, a Declaração de Veneza da XXXV Assembleia Médica Mundial (1983) admite a abstenção de tratamentos em determinadas circunstâncias e recomenda que não se pratique a obstinação terapêutica. Por outro lado, a Declaração Universal dos Direitos do Homem (10/12/1948), ratificada pelo Estado português na década de 70, diz, no seu artigo 5.º, que ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

Por sua vez, o próprio Código Deontológico da Ordem dos Médicos, no artigo 49, é bem claro quando afirma que “em caso de doença comportando prognóstico seguramente infausto a muito curto prazo, deve o médico evitar obstinação terapêutica, podendo limitar a sua intervenção à assistência moral ao doente e à prescrição de tratamento capaz de o poupar a sofrimento inútil, no respeito do seu direito a uma morte digna e conforme à sua condição de ser humano.”.

Também a posição da Igreja católica tem servido de referência a esta temática. Assim, no Catecismo da Igreja católica, encontramos a seguinte alusão: “A cessação de tratamentos médicos onerosos, perigosos, extraordinários ou desproporcionados aos resultados esperados, pode ser legítima. É a rejeição do excesso terapêutico. Não que assim se pretenda dar a morte; simplesmente se aceita o facto de não a poder impedir. As decisões devem ser tomadas pelo doente, se para isso tiver competência e capacidade; de contrário, por quem para tal tenha direitos legais, respeitando sempre a vontade razoável e os interesses legítimos do doente.

Mesmo que a morte seja considerada iminente, os cuidados habitualmente devidos a uma pessoa doente não podem ser legitimamente interrompidos. O uso dos analgésicos para aliviar os sofrimentos do moribundo, mesmo correndo-se o risco de abreviar os seus dias, pode ser moralmente conforme com a dignidade humana, se a morte não estiver nas intenções, nem como fim nem como meio, mas somente prevista e tolerada como inevitável. Os cuidados paliativos constituem uma forma excepcional da caridade desinteressada; a esse título, devem ser encorajados.”¹⁵.

A encíclica *Evangelium Vitae*¹⁶, de SS João Paulo II, faz menção à obstinação terapêutica, ao veicular a ideia de que, perante a iminência e inevitabilidade da morte, se pode, em consciência, renunciar a tratamentos que dariam somente “um prolongamento precário e penoso da vida.” Refere ainda que a obrigação moral do tratamento deve ser medida segundo situações concretas: “Impõe-se avaliar se os meios terapêuticos à disposição são objectivamente proporcionados às perspectivas de melhoramento.” É peremptória ao indicar que “a renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana perante a morte”.

Perante evidências e recomendações de tantas origens, como explicar então a obstinação terapêutica?

Há um velho aforisma que diz: “O conhecimento é função da ciência, ao passo que compreensão é função da filosofia.” Assim sendo, tentaremos, através de alguns fundamentos básicos da filosofia, encontrar algumas justificações para este agir.

A melhor maneira de entender a OT é analisar o acto médico em toda a sua extensão. Assim, no nosso entendimento, e em primeiro lugar, o acto médico não é apenas uma relação de prestação de serviços entre o médico e o doente (ou o utente, como é comum dizer-se). A introdução de um terceiro elemento, um parâmetro variável, é fundamental para uma visão mais abrangente. Este elemento pode ser, entre outros, a família ou o próprio local (isto é, a instituição hospitalar onde o doente se encontra internado).

Num contexto em que estão presentes várias partes, qual é então a responsabilidade de cada uma delas?

No que diz respeito ao doente, não é comum, no nosso meio, que este manifeste a sua vontade, através de alguma directriz, no sentido de serem utilizados todos os recursos, independentemente do prognóstico da sua doença. Pelo contrário, dada a sua condição, por vezes, não se encontra apto a poder exprimir o seu desejo; e, noutros casos, numa atitude totalmente “paternalista”, a sua vontade não é, de modo algum, tida em conta.

Em relação aos familiares, é enorme a pressão que estes exercem nos médicos da unidade, no sentido de que se continue a insistir em todas as atitudes terapêuticas. Esta quase coacção é consequência, entre outras: do desconhecimento da situação médica real; da avaliação arbitrária da qualidade de vida do doente; e do complexo de culpa que alguns sentem em relação ao doente, o qual foi, por vezes, quase ignorado nalgum lar de terceira idade, nos últimos anos da sua vida.

A maior parte da responsabilidade na OT

cabe naturalmente ao médico. Como explicar esta conduta?

Na nossa apreciação, este comportamento pode ter como justificação os cinco argumentos que se analisam em seguida.

Medicina defensiva

•A razão de ser da OT tem sido atribuída, por muitos, à medicina defensiva: uma prática que, infelizmente, tem vindo a alastrar-se cada vez mais. Por medicina defensiva entende-se uma decisão ou acção clínica do médico, motivada, no seu todo ou parcialmente, pela intenção de se proteger de uma acusação de má prática médica. A medicina defensiva pode ser:

- positiva — quando o médico leva a cabo procedimentos desnecessários para defender-se de riscos de incorrer em má prática médica;

- negativa — sempre que o objectivo do clínico é evitar doentes ou procedimentos de alto risco para não ser confrontado com a acusação de má prática médica.

No caso da OT, é a medicina defensiva positiva que está em causa. É nossa convicção que, no nosso meio, apesar do número crescente de supostos casos de negligência médica, esta não é a causa *major* desta atitude. Esta terá que ver, porventura, com a atitude cultural intrínseca ao português, quando está em causa o arbítrio, e que, na opinião de José Gil, se traduz por “medo interiorizado, mais inconsciente do que consciente, de agir, de tomar decisões diferentes da norma vigente... A prudência é a lei do bom senso português.”¹⁷.

Fenomenologia do conhecimento

Em nosso entender, o *leitmotiv* na origem da obstinação terapêutica centra-se na

contingência do erro diagnóstico, inerente ao acto médico. Esta pode ser explicada pela análise fenomenológica do conhecimento. Contextualizando o acto médico à luz desta apreciação, temos o médico como o “sujeito” (aquele que conhece), enquanto o doente é o “objecto” (aquele que se pretende conhecer) e a doença é a “representação” através da qual o médico conhece o doente.

Para haver conhecimento é necessário que o sujeito (médico) apreenda o objecto (doente). Será possível que tal aconteça? A afirmação pela positiva — isto é, acreditar que o sujeito, através dos sentidos e da razão, consiga compreender na totalidade o objecto — constitui o dogmatismo. No acto médico, uma atitude dogmática implica da parte médica, em relação ao doente e à doença, assumir uma posição de confiança absoluta nos sentidos e na razão humana. É acreditar que, pelo conhecimento científico, o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico são infalíveis. Na prática, o resultado final do acto médico está sujeito às leis da estatística, com todas as variáveis que determinam o resultado. Por isso, a incerteza, por mínima que seja, pode sempre existir.

Numa situação em que o sujeito não conhece o objecto, não é possível o conhecimento. Nesse caso, está-se perante o cepticismo, doutrina que nega a possibilidade de se atingir a verdade. Contudo, esta impossibilidade de se alcançar a verdade absoluta não se aplica, na sua essência, ao acto médico, porque a impossibilidade do conhecimento absoluto não implica, necessariamente, um desconhecimento total em relação ao conhecimento.

Assim sendo, o cepticismo radical, que fundamenta a sua tese na impossibilidade de todo e qualquer conhecimento, deve ser rejeitado. Um dos argumentos que pode ser utilizado para tal alicerça-se numa afirmação do próprio Pirro, mentor desta ideologia: “Não devemos confiar nos sentidos nem na razão, mas permanecer sem opinião, sem nos inclinarmos para uma parte ou para outra, impassíveis.”¹⁸

A fazer fé neste juízo, seria impossível o exercício da própria medicina.

Em alternativa a este cepticismo radical está o cepticismo moderado, que pode ser considerado uma forma mitigada de dogmatismo, visto que admite que o sujeito é capaz de aprender o objecto e respectiva representação, mas de modo limitado.

Reflectindo sobre as duas vertentes de cepticismo moderado — o probabilismo e o relativismo —, verifica-se que o probabilismo se ajusta de uma maneira mais harmoniosa ao exercício da medicina, visto que a sua proposição sustenta que não é possível um conhecimento rigoroso — não há certezas entre a formulação do juízo e a realidade. Assim, não existe a certeza rigorosa, mas somente a probabilidade. Esta incerteza, inerente ao acto médico em si mesmo, pode explicar, como referimos, a obstinação terapêutica.

No que diz respeito ao relativismo — o defensor da verdade relativa —, este pode assumir duas formas: o subjectivismo — que limita a validade da verdade ao sujeito que conhece e julga —, e o relativismo — segundo o qual toda a verdade é relativa. Enquanto o primeiro faz depender o conhecimento de variáveis que residem no sujeito cognoscente, o relativismo sublinha a dependência de factores externos.

Assim, a obstinação terapêutica pode também encontrar uma explicação quer no subjectivismo — pela incerteza individual do médico em causa — quer no relativismo — ao fazer depender o conhecimento de factores externos (os quais, no caso do acto médico, podem estar relacionados com os meios complementares de diagnóstico disponíveis).

A grande herança de conhecimentos que o século XX nos deixa é, nas palavras do sociólogo Edgar Morin: “O conhecimento dos limites do conhecimento. A certeza de ineliminabilidade de incertezas.”¹⁹

Dialéctica da tecnociência

É sabido que a dialéctica está inerente à própria tecnociência. A explicação para a obstinação terapêutica pode encontrar um sustentáculo na superespecialização, peculiar à alta tecnologia, que leva à parcelização do saber; esta acarreta a fragmentação das competências e culmina na desresponsabilização nas decisões.

Nos estádios avançados de determinadas patologias, quando a falência multiorgânica não augura um prognóstico favorável, a desresponsabilização dos vários especialistas relativamente ao inevitável desenlace pode explicar a manutenção do tratamento.

Conflito de valores

A origem da obstinação terapêutica pode residir no conflito de valores em relação à própria vida, como se constata na própria Declaração Universal dos Direitos do Homem — enunciada em 10 de Dezembro de 1948 e ratificada pelo Estado português em Janeiro de 1978 —, a qual, no artigo 3.º, garante o direito à vida e, no artigo

5.º, assegura que ninguém será submetido a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.²⁰

Ainda outro exemplo vem do Código Deontológico Médico, que, preconizando o princípio de benefício do doente²¹ em vários dos seus articulados, tem como norma a obrigação de evitar ou atrasar a morte. Por outro lado, a Carta dos Direitos dos Doentes, elaborada pelos Associação dos Hospitais Americanos em 1973 e apresentada ao Parlamento Europeu em 1984, consagra o direito a morrer com dignidade.²²

Entre nós, o Estatuto Hospitalar e a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto) garantem ao doente, através da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, “o direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana”.²³

Como se depreende daquilo que se acabou de expor, estes articulados confrontam-se entre si, particularmente nos casos onde aparentemente se está perante uma situação de obstinação terapêutica. Encontramo-nos, portanto, perante uma situação de conflito de valores e direitos, e, assim sendo, na presença de um problema ético, pois estão em causa imperativos contraditórios.

Existencialismo e metafísica

O impacto da tecnologia no próprio conceito da morte mudou quase radicalmente nos países desenvolvidos a maneira de se encarar o fim da vida. O momento da morte, um acontecimento que é individual e indizível — porque ninguém pode morrer a morte de outrem nem narrar a sua própria morte — passou, pela intervenção da tecnociência, a ser precedido

pelo processo de morrer. Estas situações — o momento da morte e o processo de morrer — geram estados de alma diferentes. Assim, em relação ao primeiro, na opinião de Kierkegaard: “A consciência na sua individualidade e condição deu ao homem a percepção da sua morte. A queda na autoconsciência, a saída da confortável ignorância da natureza foi altamente penalizadora para o homem: deu-lhe o pavor da morte, a angústia característica, a mais intensa angústia do homem.”²⁴

Por outro lado, o poder da tecnologia em determinar o processo de morrer pode explicar a opinião de Ernest Bloch; segundo este, dá-se “a negação da angústia e a recusa em deixar a última palavra ao fracasso, jamais perdendo de vista que ainda há uma saída, a esperança”²⁵. Verifica-se, assim, que a tecnociência pode servir como fuga para a angústia gerada pelo momento da morte, bem como explicar o tempo de esperança na transcendência durante o processo de morrer.

O existencialismo e a metafísica também podem, como tal, explicar a obstinação terapêutica.

Concluindo: será que podemos resumir a razão de ser deste dilema ético utilizando a conhecida máxima de Ortega y Gasset: “O homem é ele mais a sua circunstância”, e, assim sendo, admitir que a obstinação terapêutica é uma realidade incontornável na medicina intensiva?

Temos da vida uma visão optimista e não perfilhamos esta dúvida. Pelo contrário, temos imensa fé na ciência; ou, como diria Karl Popper: “A história das ciências, como a de todas as ideias humanas, é uma história de sonhos irresponsáveis, de tei-

mosias e de erros. Porém, a ciência é uma das raras actividades humanas, talvez a única, na qual os erros são sistematicamente assinalados e, com o tempo, constantemente corrigidos.”

Considerações finais

Desde os primórdios da Humanidade, a procura da imortalidade tem sido demandada de diversas maneiras, quiçá através da própria prática médica.

Contudo, o exercício da medicina não passa pelo prolongamento da vida biológica a todo e qualquer custo. A morte não deve ser considerada como uma derrota; tal seria, em nossa opinião, um sinal de imaturidade profissional de alguém que não interiorizou os limites da ciência e da técnica.

Sendo a medicina uma ciência de probabilidades e não uma ciência exacta, a sua prática tem inerente a incerteza.

Se, e quando, o médico ou a equipa responsável forem confrontados com alguma dúvida em relação ao prognóstico, deverão continuar o tratamento até ao esclarecimento da situação, sendo que a decisão deve ser consensual, sempre que possível.

A actualização constante deve ser um imperativo ético dos médicos, e a investigação em cuidados intensivos deve ter como um dos seus objectivos a determinação dos marcadores predizentes da futilidade terapêutica.

A prática médica passa pelo curar e pelo cuidar. O médico tem o dever de criar empatia com o sofrimento do doente, **tratando e curando quando possível, mas sempre aliviando e reconfortando.**

Bibliografia

1. Simonds, AK. Ethics and decision making in end stage lung disease. *Thorax* 2003; 58: 272-277.
2. Watcher, RM, Luce, JM. Respiratory failure from severe *Pneumocystis carinii* pneumonia: entering the third era. *Chest* 1994;106:1313-1315.
3. Hawley PH, *et al.* Decreasing frequency but worsening mortality of acute respiratory failure secondary to AIDS-related *Pneumocystis carinii* pneumonia. *Chest* 1994; 106: 1456-1459.
4. Bozzette SA *et al.* Length of stay and survival after intensive care for severe *Pneumocystis carinii* pneumonia: a prospective study. *Chest* 1992; 101: 1404-1407.
5. Groeger JS *et al.* Multicenter outcome study of cancer patients admitted to the intensive care unit: a probability of mortality model. *J Clin Oncol* 1998; 16: 761-770.
6. Rubenfeld GD, Crawford SW. Withdrawing life support from mechanically ventilated recipients of bone marrow transplants: a case for evidence-based guidelines. *Ann Intern Med* 1996;125: 625-633.
7. Saydain G, *et al.* Outcome of patients with idiopathic pulmonary fibrosis admitted to the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 839-842.
8. Stern JB, *et al.* Prognosis of patients with advanced idiopathic pulmonary fibrosis requiring mechanical ventilation for acute respiratory failure. *Chest* 2001; 120: 213-219.
9. Nava S, *et al.* Survival and prediction of successful ventilator weaning in COPD patients requiring mechanical ventilation for more than 21 days. *Eur Respir J* 1994; 7: 1645-1652.
10. Vincent JL. Foregoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med* 1999; 27 (8): 1626-1633.
11. Cowley LT, Young E, Raffin TA. Care of the dying: an ethical and historical perspective. *Crit Care Med* 1992; 20 (10): 1473-1482.
12. Platão. Fédon (Trad. de T. S. Azevedo. Coimbra: Livraria Minerva, 1998: 130).
13. Fernandes B. Ética e Valores Humanos. *Revista da Ordem dos Médicos* 1991: 6-8.
14. Biscaia J. Qualidade de vida em vida com limites. *Ação Médica* 1992; 3: 5-14.
15. «Catecismo da Igreja Católica». Gráfica de Coimbra, 1993. parágrafos 2277-2279: 486-487.
16. Igreja Católica, Papa João Paulo II. *O Evangelho da Vida*. Lisboa: Editora Rei dos Livros 1995: 115.
17. Gil J. Portugal, hoje: o medo de existir. Lisboa: Relógio d'Água Editores 2004: 78-79.
18. Antunes A, Estanqueiro A, Vidigal M. *Filosofia*. Lisboa: Editorial Presença 2000: 149.
19. Morin, E. *Reformar o Pensamento*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999: 61.
20. Santos L. Ética da investigação biomédica: módulo IX. Lisboa: Fac Med Lisboa 2000-2001. II Mestrado em Bioética. p. 1.
21. Vasconcelos P. A relação típica do doente com o médico: módulo IV. Lisboa. Fac Med Lisboa 2000-2001. II Mestrado em Bioética, p. 6.
22. Pinto VF. *Saúde para todos*. Apelação: Edições Paulus, 1999: 233.
23. «Informações ao Cidadão. Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes» [online]. Disponível na World Wide Web em: <www.dgsaude.pt>.
24. Becker E. *A negação da morte*. 2.ª edição. Rio de Janeiro: Editora Record, 1995: 79.
25. Almeida JR. *Vida e morte: sentido e esperança*. Porto: Edições Salesianas, 1989: 27-29.

