

O médico perante a morte

PABLO GONZÁLEZ BLASCO

Doutor em Medicina.

Diretor Científico da

SOBRAMFA- Sociedade Brasileira de Medicina de Família.

(www.sobramfa.com.br)

Rua Sílvia, 56.

01331-010.

São Paulo. SP.

pablogb@sobramfa.com.br

A nossa vida é feita de histórias. São as vivências as que marcam e definem o nosso perfil e alimentam nossa existência. Somente depois vamos buscar as idéias, o embasamento—o referencial teórico, como dizem os pesquisadores— que sustenta e ordena as vivências.

Talvez por isto, enquanto revisava os tópicos que aqui se recolhem e com os quais venho lidando há muitos anos¹, uma história veio à minha lembrança. Foi há anos atrás, conversando com um amigo médico que se dedica aos Cuidados Paliativos num país da Europa. Perguntei-lhe como tinha decidido trabalhar nessa área. Ele sorriu e respondeu com uma simplicidade esmagante: “Não pense você que eu tinha vocação para fazer Cuidados Paliativos, ou que isto era o meu sonho. Na verdade, sou geriatra de formação, e o que sempre fiz foi dedicar-me ao meu paciente com afinco. Com o tempo, reparei que ao cuidar do meu paciente até o final, olhei em volta e todos os médicos que tinham participado na vida dos meus pacientes haviam desaparecido no momento em que eles finalizavam a vida. Fiquei sozinho. Na verdade me surpreendi praticando paliativos. Como você vê, foi apenas uma consequência da minha dedicação. E ver que ninguém estava lá para fazer isso. Mais nada”.

A história é esclarecedora e serve de advertência. As considerações que aqui se expõem são uma reflexão sobre as vivências pessoais, no momento de lidar com a morte dos pacientes que acompanhamos ao longo da vida. Não são fruto de um estudo teórico, e distam muito de querer ser a opinião de um especialista no tema. São pensamentos em voz alta de quem teve o privilégio de ser testemunha nessas circunstâncias tão especiais que fazem parte da vida de um médico.

Para ordenar esses pensamentos, parece conveniente juntá-los em dois grandes grupos. No primeiro, quer delimitar-se a questão, o eterno dilema

que os médicos vivem de combinar a técnica com o humanismo², particularizando-o no momento da morte do paciente. No segundo, comenta-se a função técnica do médico, que denominamos o gerenciamento da morte.

1. DELIMITANDO A QUESTÃO: TÉCNICA, HUMANISMO E ÉTICA

O sofrimento humano e a morte são realidades do cotidiano do médico. Paradoxalmente, observa-se um despreparo crescente do profissional em lidar com estas situações. Por que este descompasso?

UMA REALIDADE QUE TRANSCENDE A TÉCNICA

Uma primeira resposta a esta questão vem representada por uma postura que poderíamos denominar o médico técnico, entendendo-se por tal aquele que perde a perspectiva humanística que a sua profissão traz implícita — verdadeira necessidade e não luxo — e reduz seu atuar profissional a simples técnica. É evidente que, em situações onde a técnica não tem mais nada a fazer, esse médico se verá despreparado para enfrentá-las, sentindo-se impotente, como no caso da morte. Essa atitude de despreparo provoca, se não se corrige, uma grave distorção da profissão médica. Quem atua apenas como técnico, quando a técnica demonstra-se insuficiente, inclina-se a procurar novos pacientes, deixando de lado aqueles com quem a técnica não funciona. Pode até parecer que existe maior preocupação com o desempenho profissional do que com o bem-estar do paciente, motivo e razão da profissão médica.

Não é supérfluo advertir que, curiosamente, aqueles que tentam tecnicamente todos os recursos para prolongar a vida, “mesmo contra o senso comum”, são os primeiros a desistir do paciente quando este entra em fase terminal, e “passam o

caso a algum outro colega”. Cada vez é mais raro ver “superespecialistas” junto do paciente moribundo, quando não há mais recursos terapêuticos a empregar. Pode-se justificar esta atitude por sentir certo incômodo de “não estar fazendo nada pelo paciente”, o que não é verdade. Na realidade, com a sua presença o médico está fazendo e muito. Ocorre que simplesmente faz-se algo que, não sendo quantificável, parece não ser útil. Isto é lógico, já que a utilidade avaliou-se, erradamente, com parâmetros puramente técnicos. Urge saber descobrir a missão do médico quando a técnica é insuficiente; uma missão vital que transcende a técnica, e que no momento da morte do paciente assume proporções gigantescas. Deve possuir o médico um “saúdável inconformismo” com a técnica, atitude que o empurra a procurar, na sua formação e atuação profissional, outras dimensões que lhe serão imprescindíveis para enfrentar situações que estão além das fronteiras técnicas. É deste modo como se constrói a estrutura do profissional, técnico e humanista ao mesmo tempo, capaz de assumir esses desafios.

Ao mesmo tempo, existe uma insensibilização do médico perante a morte. A morte é um fenômeno que parece atrapalhar o exercício e o êxito profissional. Embora paradoxal, não é incomum o fato de o médico não contar com a morte como possibilidade real, que deve administrar. A morte não é apenas uma circunstância infeliz que surge e dificulta sua “brilhante atuação”. Observamos hoje médicos que praticam alta tecnologia, mas que, explícita ou implicitamente, parecem abandonar os pacientes incuráveis, perante os quais os conhecimentos técnicos não funcionam. São médicos de “carros 0 km”, corredores de prova a quem, no entanto, falta fôlego para administrar situações prolongadas, incômodas, insolúveis do ponto de vista estritamente técnico.

A MORTE NA SOCIEDADE ATUAL

Mas, justo é reconhecê-lo, não é tudo culpa da condição médica. Não é o médico um ser estranho ao seu meio cultural, e vivemos tempos em que a morte é elemento quase ignorado. Uma curiosa postura que faz questão de esconder o que, na prática, é a única coisa infalível na vida de um ser humano: sua limitação e sua morte certa. Algo parecido ao avestruz que esconde a cabeça para não ver o leão que está prestes a devorá-lo. A morte, como fato concreto, mesmo sendo um evento diário, torna-se único quando nos atinge. Com acerto, comenta um escritor que “o fenômeno mais trivial do universo, personalizado, toma proporções de maravilha. E todos -uma gente cansada de ir a missas de sétimo

dia- todos se admiravam do cadáver do Ferraz, como se estivessem a contemplar uma aurora boreal”.³

Na realidade, o despreparo para a morte é um caso particular da falta de preparação para a vida. Uma vida -a humana- sulcada de alegrias e realizações, mas também de sofrimentos e dor, elementos presentes que tonificam o contraste vital. Numa sociedade que foge sistematicamente da dor, que cultua o prazer como meta suprema, que esconde os doentes e os aleijados - se não fisicamente, apagando-os quanto antes da memória-, não é de se estranhar que o enfrentamento com a morte se dê em inferioridade de condições. Sem contar com o tabu que a morte parece desfrutar. Não se fala dela, evita-se o tema com perífrases que são amálgama de medo, esoterismo e superficialidade. Esconde-se o fato das crianças, que nada sabem da morte; e se lhes conta que aquele familiar “viajou para muito longe”. Tudo de modo suave, soft, como se não fosse esta uma realidade que nos atinge a todos. Um exemplo tão ilustrativo como preocupante: contaram-me de uma criança americana que quando lhe comunicaram que o avô tinha falecido, pergunto quem tinha disparado nele. Tal a distância que se coloca entre a morte e as crianças, hoje em dia.

Por isso, o que melhor prepara para a morte é uma postura realista, profunda, “transcendente”, para usar a linguagem filosófica, da própria vida. Quer dizer: é necessário balizar a vida em termos objetivos, contando com a limitação do tempo e da própria existência. Daí que para enfrentar a morte com coragem, sem medo, enfim, para saber morrer com dignidade, seja preciso aprender a viver pautado em valores perenes, que estruturam uma hierarquia sólida. Saber morrer é, antes de tudo, saber viver, pois a morte é um passo a mais — o último — no caminho da vida.

Estas considerações são de capital importância, seja qual for a profissão que se desempenha. No caso do médico, cuja matéria-prima de atuação é o ser humano, revestem-se de interesse particular: são condição necessária, imprescindível, de competência. Não é possível ser médico à margem desta dimensão antropológica.

POR UMA MEDICINA PLENA: CIÊNCIA E ARTE, IMPREGNADOS DE POSTURA ÉTICA.

A profissão médica supõe dedicação peculiar ao ser humano, procurando a saúde e o bem-estar. Deve-se integrar aqui o progresso técnico, e todas as outras situações que, fugindo do âmbito técnico, requerem estrutura humanística — ética e filosófica — para serem abordadas profissionalmente: a dor, o sofrimento, a vulnerabilidade humana, a digni-

dade que o ser humano possui e a própria morte. A insensibilização para a morte é reflexo de uma insensibilização para a vida. Uma atitude irrefletida perante os valores humanos e transcendentais do ser humano, que teimosamente se vai alimentando com elementos técnicos, deixando de lado os verdadeiros nutrientes: um matar a fome sem alimentar, uma genuína subnutrição humanística.

Hans Jonas, com a sua ética da responsabilidade⁴ adverte que o que nos distingue aos humanos dos animais e um tripé constituído pelo utensílio, pela imagem e pelo túmulo. O utensílio é a técnica; a imagem é a capacidade de representar a realidade através das artes, e o túmulo é a consciência da transcendência, a representação da morte que lhe situa numa dimensão que vai além da sua própria existência. Facilmente se conclui que embora no relativo à técnica a distancia com os animais é notável, cada vez se frequentam menos as artes — as humanidades — e o sentido da transcendência está quase abolido. As conseqüências são funestas, porque não se frequentando “o túmulo”, porta da transcendência, é difícil manter o sentido de missão e a necessidade de sentir-se útil neste mundo, como parte da felicidade que perseguimos.

Esta preocupação humanística deveria ser diária no médico, e não apenas em circunstâncias finais, perante a morte. Quem, no dia-a-dia, não sabe atender um paciente considerando a dimensão humana do mesmo — ponderando seu ser pessoal e único — também, no momento da morte, se encontrará desarmado. Quem tudo quer consertar com técnica — seja esta troca de medicamentos, solicitação de sofisticados exames ou terapêuticas revolucionárias — também no momento final procederá de igual modo. Surge então a decepção de quem, praticando uma fidelidade cega e irracional à técnica, verdadeiro fanatismo, repara que a técnica falha. Já disse alguém, em linguagem vital, que a parceria com a técnica muito tem de paixão arrebatadora, que, embriagando os amantes, conduz fatalmente à infidelidade com o passar do tempo. Quem não cuida do seu paciente do dia a dia, com humanismo e ciência, não saberá cuidar do moribundo.

Facilmente se entende como, neste contexto, o problema de como atuar perante um doente assim chamado terminal, — valha incluir aqui também a eutanásia, distanásia, ortotanásia e todas as variações sobre o mesmo tema — gera perplexidades e discussões infundáveis. É um diálogo de surdos, onde a questão é acertar a sintonia, falar o mesmo idioma, o que infelizmente não acontece. Os técnicos parecem solicitar soluções pré-fabricadas, também técnicas, para atuar. Quem fez de tudo técnica — toda sua atuação médica — pretende também tornar técnica

sua conduta perante a morte. É gritante o absurdo da situação, já que o que na verdade se exige é uma postura que ultrapassa a técnica. Elaborar um manual de casuística — um Vademecum técnico para saber como comportar-se nestes casos — seria algo assim como confeccionar um manual de “sintomas e remédios” para um balconista de farmácia. Obviamente, é preciso muito mais para diagnosticar e prescrever a terapêutica adequada. Semelhante desproporção existe quando se pretende “reduzir à técnica as atitudes perante a morte”.

O médico precisa, para abordar estes temas — que são ultra-técnicos, vão além da pura preparação científica —, de um embasamento ético, de formação e conhecimento humanístico e filosófico. Somente poderá se encontrar solução para os dilemas que nos são apresentados, quando sintonizamos e falamos a mesma linguagem. São dilemas de ordem filosófica, que atingem o ser humano como um todo; como tal, devem ser respondidos, e isto orientará em cada caso o médico no seu posicionamento. O problema que nos ocupa — a morte — e todos os seus satélites — a dor, o sofrimento, a dignidade de homem — são questões “insolúveis na técnica”. Como as vitaminas e os remédios, precisam do meio adequado para dissolver-se e atuar com eficácia. No caso destas verdades, a solubilidade das mesmas deve ser garantida pelo meio que o médico possui: formação humanística. São, pois, verdades “humano-solúveis” e nunca “técnico-solúveis”.

A formação ética do médico é uma necessidade imperiosa para construir sólidos alicerces sobre os quais se possa apoiar um modo coerente de atuação. Se carecer dela, o médico praticará uma ética de ocasião, ignorando os fundamentos, e com a possibilidade freqüente de errar, mesmo com a melhor boa vontade. Para uma atuação ética, boa vontade não é suficiente; é preciso conhecimento dos fundamentos, da natureza humana, da dignidade que dela decorre.

Quando se possui esta base ética, muitos dos dilemas que a casuística traz resolvem-se com naturalidade. O médico não se sente na obrigação de prolongar a vida, ou de causar a morte, porque sabe que sua função é atender o paciente de modo digno, estar a serviço da vida e aliviar as dores e sofrimentos. Saberá rejeitar a tentação de erigir-se em senhor da vida ou da morte, porque não este é seu papel. A ética coloca-nos na dimensão certa, delimita nossa função, amplia os horizontes da missão que vão além da técnica, prepara-nos para desempenhá-la com atitudes humanas.

Naturalmente, a questão ética é algo que compromete, e daí a dificuldade que estas realidades apresentam na hora de serem vividas. O médico

deve atuar com profissionalismo, saber guardar as distâncias sem envolver-se de modo desordenado com a afetividade do paciente. O carinho, a dedicação, a atenção privilegiada do médico não implicam sucumbir aos emotivismos. Isso é norma clássica da boa conduta médica. Mas, por outro lado, o médico não pode prescindir da sua condição de homem, e muito menos da condição humana do paciente. Por isso, tem de saber entrar nessa esfera que foge da técnica e que diz respeito às realidades vitais, onde está incluída a morte, falando a mesma linguagem, em sintonia de quem está no mesmo barco. Aqui é onde as coisas se complicam: ninguém dá o que não tem.

Quem nunca se preocupou com estes temas ou, na prática e na sua vida pessoal pouco lhe afetam porque os estocou num recanto pouco freqüentado da consciência, carecerá de recursos, nada terá a oferecer. Daí a insatisfação do paciente, quando não a decepção, em receber conselhos standard, plastificados, provenientes de quem patentemente não os vive. A ética, quando se vive, acaba modificando a própria vida e daí vem a credibilidade, a força do exemplo. Não há ética médica sem ética pessoal, quer dizer, sem que a ética deixe de atingir plenamente o médico como pessoa. As estruturas são o reflexo do que os indivíduos levam dentro de si. Esse é o verdadeiro desafio que nos coloca a consideração da insuficiência técnica perante o paciente que enfrenta o transe da morte. “Ser um profissional é mais do que ser um técnico. É algo enraizado na nossa consciência moral, pois somente quem tem a vontade e a capacidade de dedicar-se aos outros, e procurar um bem mais alto, pode fazer profissão pública do seu modo de vida”.⁵

2. FUNÇÃO TÉCNICA DO MÉDICO: O GERENCIAMENTO DA MORTE.

O médico deve enfrentar com realismo o momento da morte dos seus pacientes. Mas não basta realismo, é preciso também competência. E dentro da competência que supõe saber acompanhar medicamente — profissionalmente — um paciente no estágio final da vida encerram-se aspectos que vão da simples técnica (como, por exemplo, manipulação de remédios sedativos e o vasto campo da medicina paliativa) até atitudes que, sendo também técnicas e profissionais, dizem respeito à postura médica: saber situar-se, tomar decisões, comportar-se com profissionalismo.

ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO. A ARTE DA PRUDÊNCIA

Já no momento do diagnóstico, quando se pode prever um prognóstico reservado e em prazo relati-

vamente curto, o médico deve levar em consideração mais uma vez que não é possível esperar da família uma reação profissional. Em questões de doenças — e, portanto, de doenças graves, e de morte — o único profissional é o médico; a família e o paciente serão sempre “amadores”, já que se encontram nesta situação circunstancial de modo compulsório, sem nenhum preparo técnico. O médico deverá suprir com uma análise realista da situação, a falta de serenidade familiar para tomar as decisões. Essa é uma das suas principais funções neste momento: administrar o diagnóstico e tomar as resoluções competentes. Em momento nenhum deverá transferir para a família esta responsabilidade.

Cabem ao médico, nestas circunstâncias peculia-ríssimas, decisões em aspectos que beiram o limite da sua competência. Será sempre o médico quem deverá decidir, depois de entender os desejos da família, onde o paciente deve permanecer nos seus momentos finais: para isto levará em consideração a situação familiar, a dinâmica e circunstâncias dessa família, o suporte que deverá ser dado quanto à terapêutica e cuidados de enfermagem. Isto deve orientar sua decisão: é bom lembrar que até nos casos finais, o profissional tem mais trabalho do que habitualmente, pois deve gerenciar o caso, acompanhar até o fim o paciente. Logicamente, não será a comodidade do médico o que deverá nortear sua decisão: cuidar de um paciente terminal é sempre trabalhoso. Por outro lado, aqueles que tiveram esta experiência sabem como é amplo e importante o papel do médico nestes momentos.

Um dilema que freqüentemente se apresentará é se o paciente, que vai caminhando para um final inexorável, deverá permanecer em casa, ser internado no hospital, ou até, eventualmente, nas Unidades de Terapia Intensiva. Temos de apelar, uma vez mais, para o bom senso do profissional; bom senso este que deverá ser orientado pela questão crucial: o que é melhor para o paciente? E também perguntar-se: tomada esta medida, o que estamos esperando dela? Qual é a expectativa que esta atitude concreta — internação, UTI, permanecer no domicílio — oferece ao paciente?

Combatendo a tendência, por vezes profética e sempre muito pouco profissional, que os médicos demonstram em ocasiões para prever resultados de fato imprevisíveis, bom será enfrentar estas questões e respondê-las antes de tomar qualquer decisão. Dúvidas e respostas que deverão ser resolvidas primeiramente no foro íntimo do médico para, somente depois, serem levadas à família que, obviamente, gostará de participar na decisão. Não é uma decisão conjunta, se por tal se entende dividir as responsabilidades. É, na sua essência, uma decisão

médica que, ponderada e refletida, comunica-se à família, que pode aceitá-la ou não. Geralmente a família aceita o que o médico propõe, quando existe confiança; e este elemento — confiança — é o que não deve faltar na relação com a família, pois é a base imprescindível de qualquer cuidado. A confiança é como a credencial que a família confere ao médico. Por isso, o médico deve muito bem saber que suas decisões não são “opiniões”, “palpites”, e que pesarão definitivamente no consentimento da família. Saber fazer jus a esta responsabilidade pressupõe que o médico possua uma estrutura que vai muito além do simples conhecimento técnico.

O bom senso de que o médico precisa para tomar estas decisões é virtude que pode ser construída, susceptível de aprendizado. Saber observar, retificar os erros — que sempre haverá — solicitar conselho e opiniões de outros colegas com mais experiência, projetar as dificuldades que surgirão dessa decisão e o modo de contorná-las. Enfim, algo muito próximo do que tradicionalmente se denomina virtude da prudência, com todos os seus elementos integrantes. Algumas considerações que analisamos a seguir poderão ajudar na construção do bom senso, da postura prudente que se espera do médico no gerenciamento da morte.

MAIS ELEMENTOS PARA UMA DECISÃO

A participação da família nos casos terminais ajuda a “acostumar-se com o diagnóstico e com o desenlace da doença”. É preciso tempo para digerir a situação difícil. Por isso, quando a família participa nestes momentos, cuidando do paciente, estando em volta dele, nunca fica a dúvida tão freqüente em outros casos: “Teremos feito tudo o que é possível?” A família que, por exemplo, acompanha no domicílio o paciente terminal sob a supervisão do médico vai se convencendo de que está sendo feito o que deveria ser feito: administrar com bom senso, carinho e dedicação a evolução natural da vida.

A presença do médico é elemento imprescindível, seja qual for a decisão tomada. Naturalmente a sensação de “não estar fazendo nada” pelo paciente costuma amedrontar o médico, deixa-o intranquilo. Deve entender que no fundo isto é um problema de postura médica: a sua função nestes momentos não é fazer algo, desenvolver uma técnica mágica na tentativa desesperada — e falsa — de curar um paciente que se encontra na fase final, mas simplesmente sua função é “estar lá”. Não é falta de profissionalismo: é uma nova função que deve ser encarada profissionalmente. É algo análogo ao que acontece perante um caso de diagnóstico evidente. Mesmo assim, deve o médico praticar um exame físico minucioso

que, embora não acrescente elementos para a sua decisão, é fundamental para o paciente. O paciente precisa sentir-se examinado. Igualmente, mesmo que o médico pense não estar fazendo nada de positivo assistindo um paciente terminal, sua presença é importante.

O tratamento paliativo, além dos benefícios imediatos que traz — alívio da dor, conforto — é também uma desculpa técnica que permite a presença habitual do médico, para desempenhar essa outra função importantíssima: estar presente! É necessário que o paciente se sinta acompanhado medicamente, humanamente.

O PACIENTE CENTRO DA ATENÇÃO MÉDICA.

No relacionamento que tem com o seu paciente, o médico deverá lembrar que tem de tratar o paciente como tal, e nunca como um moribundo. Esta disposição do médico é uma necessidade. Sabemos por experiência que tanto o paciente como o médico, e inclusive a família, conhecem a situação real, constituindo-se uma espécie de segredo que guardam a três, - não se fala dele, mas se entendem perfeitamente-, e que deve permanecer assim para que a relação médico-paciente-família seja frutuosa e não se quebre. A esperança que o médico demonstra com sua dedicação é muitas vezes o melhor remédio para o paciente, aquele que não pode faltar e que lhe confere as forças necessárias para enfrentar o momento da morte com dignidade.

Comenta um conhecido professor, especialista em oncologia e medicina paliativa: “Não devemos esquecer que mesmo no meio do pior drama existe uma enorme reserva de esperança, de otimismo, de alegria no ser humano; saber despertar sentimentos desta ordem é talvez o melhor remédio contra a tristeza e contra a depressão”.⁶ O mesmo autor recolhe um exemplo tocante. As palavras de um estudante de terceiro ano de enfermagem que é um doente oncológico: “O paciente moribundo não é contemplado pelos demais como uma pessoa, e, portanto, não se comunicam com ele adequadamente. É um símbolo do que todos têm e sabem terão de afrontar algum dia [...]. Se pudéssemos ser sinceros admitiríamos nossos temores. Eu pergunto às vezes: perderiam profissionalidade aqueles que tratam de mim se falassem comigo como pessoa? Desse modo, não seria tão duro morrer num hospital, rodeado de amigos”.

Esta dedicação médica é compatível com o conhecimento que o paciente tem da sua situação, que variará de acordo com os casos. Em termos gerais, parece importante que o paciente saiba da gravidade da sua situação. Não são precisos detalhes

excessivos, mas, sim, convém que, com delicadeza, deixemos o paciente entrever que a morte é algo próximo. Na verdade, todo paciente desconfia e intuitivamente sabe disto. Mesmo assim espera do médico uma atitude positiva, terapêutica e realista ao mesmo tempo. Na prática, não existe incompatibilidade entre a dedicação médica ao paciente e o “segredo” de que falávamos anteriormente. Um paciente se desanimaria ao ver-se abandonado pelo médico, mas também não ajudaria observar que o profissional que cuida dele não aceita a realidade dos fatos e parece querer iludir-se. Na verdade, o médico somente conseguiria enganar-se a si mesmo, nunca ao paciente. Este balanço paradoxal requer, como se vê, grandes doses de prudência.

O princípio de aliviar a dor e o sofrimento deverá nortear a atuação do médico nestes casos. O diálogo e o trato afetuoso com o paciente mostram-se imprescindíveis. O médico deve lembrar que o paciente é pessoa, e não apenas um organismo doente. Esta consideração antropológica é a raiz do bom senso para não prolongar a vida, ou melhor, para não empregar meios que somente prolongam a dor e o sofrimento do paciente.

O distanciamento do moribundo é a reação natural de quem não suporta o sofrimento nos seres queridos. Este distanciamento é uma das principais causas que contribui para desumanizar a morte: quantos familiares internam o paciente no hospital somente porque não conseguem suportar psicologicamente eles próprios a situação. O profissional deve ter presente que o trato com a família, nos momentos finais, é um modo de humanizar a morte, de facilitar a dignidade da mesma. Cabe ao médico fazer com que a família ganhe a disposição de ânimo para afrontar a situação nos moldes que mais convenham ao paciente, às vezes até na própria casa. Na verdade, se o médico for competente para gerenciar o caso, isto se torna possível. Talvez a ausência desta competência médica nas últimas décadas tenha sido em boa parte responsável pela morte que se desumaniza. Não poder contar com um profissional que acompanhe o paciente até o final causa desorientação na família que não encontra outro recurso a não ser o distanciamento do paciente. É normal que o ser humano goste de estar acompanhado nos momentos importantes da vida. Todo paciente que vai morrer — e ele tem intuição

disto — quer sentir-se acompanhado: da família, e do profissional que o assiste. É uma preparação à qual o doente tem direito, para os momentos finais da vida. Sentir-se amado, notar que é objeto da atenção profissional, funciona como autêntica terapia. Colabora no equilíbrio psíquico, na serenidade anímica do paciente e da família.

Uma questão importante e que justifica todo o aprendizado do médico no bom senso e na prudência para um correto gerenciamento da morte é a da dignidade do paciente, como pessoa humana. Uma morte realmente digna não consiste somente na ausência de tribulações externas. A dignidade perante a morte não vem conferida por algo exterior, mas surge da grandeza de ânimo com que a pessoa enfrenta essa situação única. Por isso, morrer com dignidade significa não ser paciente apenas, mas agente. Estar ativo, participar do processo, ser protagonista da própria morte.

A pessoa humana é sujeito de dignidade pelo fato de ser pessoa. Não apenas de compaixão ou humanitarismo, como os animais. Vale ter isto presente para afastar os argumentos que, veladamente, defendem a eutanásia — matar o paciente — por compaixão. Na realidade, compaixão é o sentimento que em nós desperta um animal que sofre sem remédio, e sem saber que sofre ou morre. Uma pessoa tem dignidade, e como tal deve ser respeitada; parte importante dessa dignidade é a que se ganha afrontando com valentia e livremente o sofrimento e a morte. Sempre será mais fácil encurtar a vida de alguém que sofre do que, com a nossa atuação dedicada, estimular no paciente as reações de dignidade humana que surgem quando, fruto desse clima humanizado da morte, existe serenidade de ânimo, paz interior, equilíbrio, e se apalpa a solidariedade. É fácil concluir quão importante é o papel do médico nestes momentos e, também entender que não é um desafio para qualquer um.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 Blasco PG. O médico de família, hoje. São Paulo, Brazil: SOBRAMFA, 1997.
- 2 Blasco PG, Janaudis MA, Levites. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. Atención Primaria. Barcelona, v. 38. N.4 p. 225-229, 2006
- 3 Gustavo Corção. Lições de Abismo. Rio de Janeiro, Agir. 1973. Pg 41.
- 4 Citado em Jiménez Lozano, J. Cuadernos de Letra Pequeña. Ed. Pre Textos, Valencia, 2003.
- 5 Leon R. Kass. The Human Life Review, Aut. 1989.
- 6 M.G. Barón. Cuidados del paciente terminal em Oncología Clínica. Madrid, 1994.