

# Cuidados paliativos e ortotanásia

Gustavo Nader Marta<sup>I</sup>

Samir Abdallah Hanna<sup>II</sup>

João Luis Fernandes da Silva<sup>III</sup>

Departamento de Radioterapia do Centro de Oncologia do Hospital Sirio-Libanês

A palavra “paliativo” advém do latim *pallium*, que significa coberta ou manta. Seu uso era empregado em situações de doença em que, na ausência de tratamentos específicos curativos, os sintomas deveriam ser “acobertados” ou “tapados”.<sup>1</sup>

O conceito de cuidados paliativos foi introduzido em meados de 1960 na Inglaterra por Dame Cecily Saunders que, ao fundar em Londres o St. Chirstopher Hospice, descreveu a filosofia do cuidar dos indivíduos terminais com diagnóstico de doença incurável.<sup>2</sup> Para ela, o sofrimento pelo qual o doente terminal passava era composto por quatro elementos: dor física, dor psicológica (emocional), dor social e dor espiritual. Assim, os cuidadores deveriam atuar em todas essas atmosferas no sentido de aliviar o padecimento e confortar os pacientes e seus familiares a fim de se tentar obter ganho em qualidade de vida. Repudiava todas as práticas fúteis tecnologicadas dos cuidados da saúde em que se empregavam tratamentos caros e invasivos para os doentes sem perspectivas de cura.<sup>2</sup>

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS),<sup>2</sup> corroborando tais preceitos, definiu cuidado paliativo como sendo “o cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos. Controle da dor e de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual são os mais importantes. O objetivo dos cuidados paliativos é atingir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias”.

A filosofia dos cuidados paliativos deve: (1) afirmar a vida e encarar o morrer como um processo normal; (2) não apressar nem adiar a morte; (3) procurar aliviar a dor e outros sintomas angustiantes; (4) integrar os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados do paciente; (5) oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver ativamente tanto quanto possível até a morte; (6) disponibilizar um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e com o seu próprio luto.<sup>3</sup>

As definições da OMS estabelecem princípios importantes por reconhecer que os cuidados paliativos têm como prioridade o valor da dignidade do indivíduo, ou seja, considera a pessoa um todo, não apenas sob o ponto de vista do diagnóstico ou da doença. A medicina paliativa moderna implica uma perspectiva

holística, sendo muito mais copiosa e profunda do que uma mera sintomatologia. Dentro deste contexto, foram propostos cinco princípios éticos da medicina paliativa relevantes na atenção dos pacientes terminais, a saber:<sup>4</sup>

- **Veracidade:** respeito constante à verdade. Fundamentado nas relações de confiança interpessoais. Significa dizer a verdade ao paciente e seus familiares, possibilitando a participação concreta deles nas tomadas de decisões.
- **Proporcionalidade terapêutica:** relação proporcional entre os meios terapêuticos empregados e os resultados esperados. Este critério aborda o julgamento das intervenções médicas no que diz respeito aos riscos e benefícios da ação, a utilidade ou inutilidade da medida, levando em consideração o prognóstico e os custos de ordem física, psicossocial e econômica.
- **Duplo efeito:** observa que a realização de um ato terapêutico tem dois efeitos — um positivo e outro negativo. Receia-se que os efeitos negativos da intervenção médica possam ser fatais, implicando em uma forma de eutanásia.
- **Prevenção:** prevenir e implementar ações para abordar possíveis complicações inerentes à evolução clínica do paciente a fim de se evitar sofrimentos desnecessários.
- **Não abandono e tratamento da dor:** o primeiro princípio diz ser condenável afastar-se ou abandonar um paciente porque este se recusa a se submeter a um determinado tipo de terapia que o médico considerou ser a mais adequada opção de tratamento. O segundo diz que o paciente, nos momentos de dor, tem direito ao adequado tratamento alógico.

O engajamento e a obrigatoriedade com a promoção da qualidade de vida nos pacientes terminais permitiu desenvolver um novo conceito que execra todas as modalidades de mistanásias (morte dolorosa e miserável fora e antes do seu tempo) sem, entretanto, praticar eutanásia (prática pela qual se busca abreviar, sem dor e sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável) e/ou distanásia (manutenção da vida por meio de procedimentos desproporcionais — obstinação terapêutica —, conduzindo a um morrer prolongado repleto de sofrimento). Trata-se da ortotanásia, ou seja, da boa

<sup>I</sup> Médico residente em Radioterapia do Centro de Oncologia do Hospital Sirio-Libanês.

<sup>II</sup> Especialista em Radioterapia e Cancerologia e médico assistente e preceptor do Departamento de Radioterapia do Centro de Oncologia do Hospital Sirio-Libanês.

<sup>III</sup> Especialista em Radioterapia e médico responsável pelo Departamento de Radioterapia do Centro de Oncologia do Hospital Sirio-Libanês.

morte, da arte do bem morrer, atenta ao fato de se respeitar o bem-estar global dos indivíduos a fim de garantir a dignidade no viver e no morrer. Permite aos doentes e seus familiares defrontarem a morte como algo natural, um *continuum* da vida. Nesta perspectiva, abre-se a possibilidade de trabalhar com as pessoas a diferença entre cuidar e curar, entre manter a vida quando este for o procedimento correto e permitir que a pessoa morra quando sua hora chegar.<sup>5</sup> Dessa forma, a ortotanásia não antecipa o momento da morte; o paciente não tem sua morte provocada, uma vez que esta é decorrente de um processo natural, inexorável e que acometerá a todos os seres humanos.

Diante dessa constatação, após aprofundadas discussões com a participação de médicos e outros profissionais dedicados ao estudo da bioética, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em atitude corajosa, publicou em 28 de novembro de 2006 a Resolução número 1.805, que tentou regulamentar a realização da ortotanásia no Brasil. O documento dizia que “na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”.<sup>6</sup>

Entretanto, a Justiça Federal, a pedido do Ministério Público Federal, revogou a Resolução do CFM por considerar que este não tem poder para regulamentar sobre o direito à vida, sendo a matéria de competência exclusiva do Congresso Nacional (Ação Civil Pública número 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal).<sup>7</sup>

É importante ressaltar o caráter não proibitivo e não punitivo da Resolução do CFM. Ela teve a função de doutrinar uma recomendação ético-profissional e possibilitar ao médico, respeitando a autonomia dos indivíduos ou de seus representantes legais, cessar ou limitar tratamentos inúteis com intuito apenas de prolongar a vida de um paciente terminal.

Ademais, a manutenção meramente artificial de práticas que conseguem manter temporariamente os fenômenos vitais em um organismo moribundo não deve ser confundida com “aquela vida” protegida pela Constituição Federal, para a qual está garantida a dignidade da pessoa humana. A obrigação legal da aplicação dessas medidas implica submeter os pacientes terminais a terapêuticas alvitantes e desumanas.

A medicina paliativa conclama a vida, tem a filosofia de assistir, de forma global, os indivíduos em fase terminal por reconhecer que o morrer é um processo natural do viver. Sua prática proporciona a dignidade do enfermo, possibilitando que não seja privado de viver sua própria morte. Condena a obsessão despótica da cura, opõe-se à mistanásia, respeitando a autonomia das

pessoas. Como apontado por Pessini,<sup>5</sup> na prática, os cuidados paliativos buscam se engendrar na visão da ortotanásia por tentar promover o morrer com dignidade cercado de ternura e amor, sem abreviação de vida ou prolongamento artificial dela.

Dessa forma, não concordamos com o posicionamento do Ministério Público Federal e acreditamos ser legítimo e eticamente correto, o médico, embasado em suas convicções, abdicar de prover tratamentos que estendem dolorosa e precariamente a vida. A vida é um direito a ser asseverado e não uma imposição incondicional a ser cumprida.

## INFORMAÇÕES

### Endereço para correspondência:

Gustavo Nader Marta  
Rua Adma Jafet, 91  
Bela Vista – São Paulo (SP)  
CEP 01308-050  
Tel. (11) 3155-5805  
E-mail: gnmarta@uol.com.br

Fontes de fomento: nenhuma

Conflitos de interesse: nenhum

## REFERÊNCIAS

1. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica [The Philosophy of Palliative Care - A Response to Therapeutic Obstination]. *Mundo Saúde* (1995). 2003;27(1):15-32.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA; 2001. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual\\_dor.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf). Acessado em 2010 (26 fev).
3. International Association for Hospice & Palliative Care. Promoting Hospice & Palliative Care Worldwide. The IAHPC Manual of palliative care, 2<sup>nd</sup> edition. Disponível em: <http://www.hospicecare.com/iahpc-manual/iahpc-manual-08.pdf>. Acessado em 2010 (26 fev).
4. Taboada RP. El derecho a morir com dignidad [The right to die with dignity]. *Acta Bioeth.* 2000;6(1):89-101.
5. Pessini L. *Morrer com dignidade: até quando manter a vida artificialmente?* Aparecida: Santuário; 1990.
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805/2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, p. 169. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm). Acessado em 2010 (26 fev).
7. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Distrito Federal. Procuradoria Regional dos Direitos de Cidadão. Ação Civil Pública número 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal. Disponível em: <http://noticias.pgr.mpf.gov.br/noticias-do-site/pdfs/ACP%20Ortotanasia.pdf>. Acessado em 2010 (26 fev).

Data de entrada: 2/9/2009

Data da última modificação: 3/2/2010

Data de aceitação: 25/3/2010

**RESUMO DIDÁTICO**

1. A morte e o processo do morrer são fontes de reflexões desde os primórdios da civilização.
2. A morte instaura-se como problemática pessoal, social e, exatamente por isso, torna-se, pelo fato irrefutável de acontecer, objeto de ampla discussão.
3. O paciente terminal tem direito à verdade, à proporcionalidade terapêutica, à prevenção de complicações e sofrimentos, ao não abandono e ao tratamento da dor.