

A bioética e os cuidados de fim da vida

Bioethics and end of life care

Maria de Lourdes Feitosa Lima¹, Sérgio Tavares de Almeida¹, Rodrigo Siqueira-Batista³

Recebido da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.

RESUMO

O crescente envelhecimento populacional e o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis têm contribuído para o incremento do adoecimento por condições graves e incuráveis, tornando necessário o oferecimento de bons cuidados de fim de vida para as pessoas, aspecto que precisa ser pensado em termos técnicos e bioéticos. Assim, o objetivo do presente artigo foi discutir, criticamente, aspectos atuais dos problemas bioéticos atinentes ao fim de vida, explorando especialmente os conceitos de distanásia, ortotanásia, eutanásia, suicídio assistido, limitação consentida de tratamento, cuidados paliativos e diretivas antecipadas, em relação à argumentação ética sustentada em termos dos princípios de sacralidade da vida humana e de respeito à autonomia das pessoas. A discussão dos aspectos atuais e a construção de uma mínima caixa de ferramentas bioéticas, para a abordagem das questões pontuadas, tornam-se essenciais para todo e qualquer profissional de saúde que atue com enfermos em processo de morrer, de modo a permitir um passamento digno, o que pressupõe o acolhimento dos desejos da pessoa, sem imposições baseadas na técnica e/ou no paternalismo.

Descritores: Bioética; Assistência terminal; Ética; Atitude frente à morte; Doente terminal

ABSTRACT

Steadily increasing non-transmittable chronic diseases in aging populations are resulting in more patients with serious, incurable conditions, with rising needs for good end-of-life care for these cases requiring careful thought in technical and bioethical terms. The purpose of this paper was thus to present a critical discussion of current aspects of bioethical problems related to the end of life, particularly the concepts of dysthanasia, orthothanasia, euthanasia, assisted suicide, pre-set treatment boundaries, palliative care and advance directives or living wills, in terms of ethical arguments grounded on the principles of the sacredness of human life and respect for personal autonomy. A discussion of current aspects and the construction of a basic bioethical toolbox for addressing specific issues have become essential for all healthcare practitioners assisting patients engaged in the process of dying, in order to offer them decent deaths. This assumes that personal wishes will be followed, without impositions based on techniques and/or paternalism.

Keywords: Bioethics; Terminal care; Ethics; Attitude to death; Terminally Ill

INTRODUÇÃO

O nascimento e a morte dos seres humanos não são simples ocorrências naturais, mas referem-se a um mundo no qual aparecem e do qual partem indivíduos singulares, entes únicos, impermutáveis e irrepetíveis.

H. Arendt

O homem e a mulher são, dentre todos os seres vivos, os únicos a possuírem consciência de sua própria finitude, o que estabelece um contexto bastante problemático e paradoxal:^(1,2) apesar de a morte fazer parte do ciclo biológico de todo vivente, o medo do desconhecido e a perspectiva de extinção tornam a temática um domínio de abordagem extremamente árida.⁽³⁾ Elias considerou que é parte da tarefa da sociedade tornar o passamento dos seres humanos – quando “chegada a hora” – o mais fácil e agradável possível para aquele que parte, para aqueles próximos que ficam e para aqueles que cuidam.⁽⁴⁾

Sem dúvida, a sociedade mantém-se, muitas vezes, em silêncio sobre isso,⁽⁴⁾ o que se agrava em uma esfera de paulatino envelhecimento populacional, somado às mudanças no perfil epidemiológico de adoecimento. No Brasil, iniciou-se, na década de 1960, a transição epidemiológica, descrevendo-se a redução da morbidade por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento por enfermidades crônicas não transmissíveis (mormente aquelas do aparelho circulatório e as neoplasias) e por causas exter-

1. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

3. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

Data de submissão: 30/12/2013 – Data de aceite: 08/01/2014

Conflito de interesse: não há.

Endereço para correspondência:

Maria de Lourdes Feitosa Lima
Praça Cruz Vermelha, 23, 6º andar – Centro
CEP: 20230-130 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil

E-mail: loulima@gmail.com

O presente artigo compõe a dissertação de mestrado de Maria de Lourdes Feitosa Lima, intitulada *Bioética e o fim da vida: o debate sobre a tomada de decisão, às portas do infinito*, defendida no Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em associação ampla das instituições Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal Fluminense.

nas (como acidentes e violência).⁽⁵⁾ Nesse contexto, atualmente, considera-se o câncer um problema de saúde pública mundial, afligindo países desenvolvidos e em desenvolvimento. Segundo projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS), prevê-se que, no ano de 2030, a incidência mundial de câncer será de 27 milhões de casos novos e que ocorrerão 17 milhões de mortes pela doença.⁽⁵⁾ As estimativas para o Brasil, no ano de 2013, apontam para 518.510 casos novos. É a segunda causa de mortalidade, seguindo-se às doenças do aparelho circulatório. Assim, a prevenção e o controle da condição mórbida têm se mostrado extremamente importantes, pois o aumento crescente de casos novos significará, muito provavelmente, o aprofundamento do desequilíbrio entre a oferta de bons serviços e as necessidades dos enfermos – ou seja, disparidade entre acesso e demanda – resultando que mais pessoas morrerão prematuramente de câncer.⁽⁵⁾ Outrossim, torna-se premente a reestruturação dos serviços do sistema público de saúde para o atendimento das crescentes demandas. Ademais, ampliam-se as complexas questões relacionadas à tomada de decisão no fim de vida – tendo em vista que muitos dos enfermos evoluirão, por questões da própria condição mórbida, para um inexorável processo de morrer –, destacando-se as dimensões técnica e ética do cuidado.

As escolhas bioéticas (públicas e privadas) envolvem usualmente os sujeitos, as famílias e os profissionais de saúde, o que requer a clara delimitação dos problemas éticos, em termos dos conceitos e das teorias aplicáveis ao processo de morrer. Dísparas questões têm sido propostas no campo dos cuidados de fim de vida, incluindo a atenção aos enfermos com câncer e com outras graves e incuráveis moléstias crônicas não transmissíveis, tais como: (1) Cabe ao paciente escolher como irá findar sua existência?; (2) Qual o lugar da família e dos profissionais de saúde nesse processo?; (3) Quais os limites para a intervenção terapêutica?

As opções diante de uma condição mórbida crônica e terminal poderão ser abordadas em termos de cuidados paliativos, da distanásia, da ortotanásia, da eutanásia/do suicídio assistido, da limitação consentida de tratamento (LCT) e das diretivas antecipadas da vontade (as quais podem ser formalizadas pelo testamento vital), destacando-se a relevância da informação verdadeira e da clareza da linguagem, ou seja, sem jargões técnicos, para o entendimento dos envolvidos. Desta feita, com base nessas breves considerações, o objetivo do presente artigo foi discutir criticamente os aspectos atuais desses conceitos bioéticos, tomando como ponto de partida a argumentação em termos dos princípios de sacralidade da vida (PSV) e de respeito à autonomia das pessoas (PRA).

A Bioética e o debate moral sobre o fim da vida: sacralidade da vida e respeito à autonomia

A palavra “bioética” é formada pelos termos *bíos* e *ethiké*, ambos de origem grega.⁽⁶⁾ *Bíos*, vocábulo delimitado conceitualmente desde Aristóteles, que diz respeito à vida prática/política do homem, opondo-se a *zoé* – a mera vida biológica (orgânica). Já *ethiké* vem de *ethos*, palavra articulada à ideia de moral ou de costume (relacionados aos hábitos existentes e socialmente aceitos) ou caráter/virtude (aplicado ao cidadão). Destaca-se, ainda, a significação

mais antiga – e, quiçá, originária – de *ethos* como guarida ou abrigo, primeiro dos animais não humanos e depois dos seres humanos. Em linhas gerais pode-se delimitar *ethiké* como sinônimo de teorização, tematização ou ciência (*episteme*) do *ethos*.⁽⁶⁾

Em termos conceituais – evidentemente articuláveis à composição do vocábulo, com os termos *bíos* e *ethiké* – a Bioética apresenta, provavelmente, tantas definições quanto o número de teóricos que se preocuparam em dizer o que a mesma é. Optou-se, nesse texto, pela definição de Kottow:⁽⁷⁾

[Por bioética entende-se] o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos [cujos] efeitos afetam profunda e irreversivelmente, de maneira real ou potencial, os sistemas vivos.⁽⁷⁾

Trata-se, por um lado, de um conceito ampliado para além do domínio biomédico – albergando o paradigma biotecnocientífico e as práticas biotecnológicas para outros seres vivos e suas ações sobre o meio ambiente – e, por outro lado, capaz de delimitar os elementos que devem ser concernentes à análise moral do agir humano.⁽⁷⁾ Ademais, pode ser ponderado, com Gracia⁽⁸⁾, que a “*bioética tem de auxiliar os profissionais de saúde a refletir sobre os fins de sua atividade*”. Destaca-se, ainda, que, diante das transformações da medicina ocidental, torna-se essencial que profissionais e usuários do sistema de saúde (ou seus representantes legais) assumam as respectivas responsabilidades ante as questões de valor ligadas à gestão da vida e do corpo, da saúde e da doença.⁽⁸⁾

A ordem de problemas abordáveis na esfera da Bioética é bastante ampla, o que pode ser pressentido a partir do próprio conceito apresentado.⁽⁹⁾ O que está em pauta, neste manuscrito, são os aspectos concernentes ao final da vida, temática que tem sido abordada tradicionalmente, em termos éticos, a partir de dois princípios: o PSV – no caso, da vida humana – e o PRA. É importante demarcar bem a ideia de princípio, para o que se pode recorrer a Beauchamps e Childress:⁽¹⁰⁾ “[...] *os princípios são especialmente evocados apenas para auxiliar no desenvolvimento de diretrizes para a ação*”.⁽¹⁰⁾ Em outra passagem da obra, os autores comentam que “*os princípios (e coisas do gênero) nos orientam para certas formas de comportamento; porém, por si mesmos, eles não resolvem conflitos de princípios*”.⁽¹⁰⁾

Além disso, pode-se conjecturar que:

[...] os princípios funcionam como regras, talvez como regra geral, que dirige o interessado a uma abordagem particular para a solução de um problema. Mesmo não sendo fundamentais, os princípios são, pelo menos, úteis. Esses princípios também funcionam para indicar as fontes de áreas particulares de direitos e obrigações morais. Nesse sentido, são *princípios*: indicam a fonte, o começo, o início ou as origens de áreas particulares da vida moral.⁽¹¹⁾

A partir do PSV, entendido como:

[...] princípio que impõe o dever absoluto de respeitar os finalismos biológicos próprios do corpo humano. Nesse sentido, o princípio pressupõe uma concepção da biologia que sublinha o caráter teleológico intrínseco dos processos vitais e afirma que, graças à razão, a pessoa pode conhecer tais finalismos [que são substancialmente dois: auto conservação e reprodução] e reconhecer o dever absoluto de respeitá-los.⁽¹²⁾

Presume-se um dever absoluto de respeitar os processos teleológicos e naturais, nos quais a interferência irreversível (para lembrar a definição de Kottow) é considerada imoral. A tradição religiosa judaico-cristã inscreve o PSV no âmbito divino; nessa perspectiva, segundo a vontade de Deus, a vida é uma dádiva, um bem concedido à criatura humana – daí seu estatuto sagrado.⁽¹³⁾ A vida sagrada não deve ser interrompida nem por vontade do seu titular, ou seja, a existência é considerada digna independentemente das condições em que se apresenta.⁽¹⁴⁾

Mori⁽¹⁴⁾ afirma que o processo de secularização da cultura ocidental e os avanços técnicos dos últimos anos dificultam a diferenciação entre “natural” e “artificial”, entre “matar” e “deixar morrer”. Tais movimentos, acrescidos da ampliação do conceito de “saúde” para além do componente biológico, culminaram com a elaboração de conjecturas sobre a insuficiência da ordem natural como base suficiente e adequada para o estabelecimento da norma moral. Esse é um dos contextos que explica o enfraquecimento do dever absoluto, representado no PSV, em prol da centralidade do PRA no debate bioético contemporâneo.^(14,15)

O relatório Belmont, elaborado pela *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, externando a preocupação com os sujeitos frente aos abusos das pesquisas clínicas, apresentou três princípios bioéticos básicos: beneficência, justiça e respeito às pessoas (autonomia). Esse último possui duas premissas éticas: todas as pessoas devem ser tratadas como agentes autônomos; todas as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas.⁽¹⁰⁾ O relatório compreendia que a pessoa autônoma seria aquela capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e agir segundo a orientação de suas próprias deliberações. Desde essa perspectiva, o princípio de respeito às pessoas originou procedimentos práticos: necessidade de consentimento informado e tomada de decisões por substituição, quando a pessoa tem sua autonomia reduzida (sendo incompetente ou incapaz).⁽¹⁰⁾

O PRA surgiu como instrumento legítimo na resolução de conflitos morais na biomedicina, especialmente a partir da publicação do livro *Princípios de ética biomédica*, por dois autores implicados na elaboração do Relatório Belmont, Beauchamps e Childress.⁽¹⁰⁾ Nas primeiras edições, o PRA era apresentado como princípio da autonomia e, posteriormente, passou a ser denominado “respeito à autonomia das pessoas”.⁽¹⁰⁾ De um modo geral, as decisões são consideradas autônomas se forem resultado da deliberação e da vontade individual, a partir do processo de informação e esclarecimento sobre diagnósticos, tratamentos, riscos, benefícios, danos possíveis e prognósticos, essencialmente nas atividades de cuidado à saúde e de investigação nas pesquisas, envolvendo seres humanos.⁽¹⁰⁾

Apesar da formulação recente do PRA, em termos da práxis no âmbito biomédico, o conceito de autonomia tem uma longa história. Sua concepção originária remete ao pensamento grego antigo, em referência ao autogoverno da cidade-estado grega (*pólis*).⁽¹⁶⁾ Na Idade Moderna passa a ser dirigida ao indivíduo, em consequência das transformações culturais vivenciadas pelas sociedades ocidentais, com especial destaque para o humanismo, alcançando a plena aplicação, no âmbito moral, com Kant,⁽¹⁷⁾ sob a forma de imperativo categórico: “*Age de*

tal modo que a máxima de tua vontade possa valer sempre como princípio de uma legislação universal”.⁽¹⁸⁾ Destaca-se, ainda com Kant, que a autonomia é o próprio fundamento da moral: sendo a vontade autônoma aquela do ser racional que age *por dever*, pelo puro respeito pela lei moral, e não de acordo com o dever meramente legal.⁽¹⁹⁾

Kottow⁽²⁰⁾ apresenta, em seu texto *Enseñandolas paradojas de la autonomia*, a relevância das limitações impostas pelo âmbito biológico para o pleno exercício da autonomia, na medida em que ser autônomo significa estar organizado em uma unidade psicofísica, cuja vontade pode ser plenamente manifesta, quando o corpo funciona bem; mas, se essa unidade oferecer restrições, como debilidade, cansaço, senilidade ou doença, a autodeterminação estará comprometida.⁽²¹⁾ As limitações à autonomia também se exprimem no ângulo da assimétrica relação médico-paciente, tendo em vista que o médico é dotado de saber técnico, o que compromete ainda mais as possibilidades de autodeterminação do enfermo, na medida em que o ponto de vista do profissional costuma ter importante papel no processo de tomada de decisão.⁽²⁰⁾

Em muitos dos problemas analisados à luz da Bioética, há marcante tensão entre a aplicação do PSV e do PRA. Tal cenário se acentua, sobremaneira, nos extremos da vida humana, ou seja, no “vir-a-ser” (nascimento) e no “deixar-de-ser” (morte).⁽¹⁹⁾

Principais problemas bioéticos do fim da vida

A morte, tradicionalmente, possuía um caráter público – ou seja, o passamento de alguém era um acontecimento social, visível, com a participação da comunidade, incluindo as crianças.^(22,23) Para Elias, a modificação do comportamento social com relação à morte, entre os séculos XVIII e o XX, foi resultado do processo civilizador; de fato, com a modernidade chegaram novas formas de organização da vida social, uma nova disposição dos ambientes urbanos, a separação dos lugares da casa e do trabalho.⁽⁴⁾ Deve ser destacado, nesse âmbito, o papel do hospital, local que passou a “seducir” o processo de morrer, o qual se transformou em acontecimento invisível – “conduzido” pela medicina – e institucionalizado, o que concorreu para torná-lo um tabu.^(16,17) Assim, doentes da modernidade morrem no hospital, porque se tornou inconveniente morrer em casa:

Na maior parte dos casos, aliás, o moribundo já perdeu a consciência há muito tempo. A morte foi decomposta, segmentada numa série de pequenas fases, das quais não sabemos, em definitivo, qual é a morte verdadeira, se aquela em que se perdeu a consciência ou aquela em que cessou a respiração [...]. Todas estas pequenas mortes silenciosas substituíram e anularam a grande ação dramática da morte, e já ninguém tem a força ou a paciência de esperar durante semanas um momento que perdeu uma parte do seu sentido.⁽²³⁾

No século XX, a prática médica é racionalizada e permeada pela biotecnociência, contexto no qual a morte passou a ser um processo inscrito em regras e rotinas institucionais.⁽²¹⁾ As influências da evolução tecnológica tiveram marcante influência no conceito de morte, mormente durante a década de 1960.⁽²⁴⁾ No período anterior, o óbito era definido pela cessação da res-

piração e da parada cardíaca; assim, os testes para seu diagnóstico eram a palpação do pulso, e a ausculta do coração e dos pulmões. A partir dos avanços das técnicas de reanimação e do surgimento dos transplantes, o critério deixa de ser apenas a parada cardiorrespiratória.^(25,26) De fato, a utilização de respiradores artificiais e de fármacos vasoativos, dentre outras medidas, tornou possível a manutenção de alguns sistemas fisiológicos em “funcionamento”, o que permite que órgãos e tecidos sejam utilizados em transplantes, desde que haja definição, por parâmetros científicos, da morte encefálica.⁽²⁶⁾

No Brasil o Congresso Nacional a partir da lei 9.434 de 4 de fevereiro de 1997,⁽²⁷⁾ que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e de tratamento, definiu os critérios de morte encefálica, tal qual o explicitado na Resolução Conselho Federal de Medicina (CFM) 1.480/97⁽²⁸⁾: “considerando a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial”.

Os elementos acima assinalados, com destaque para o alcance obtido pela biotecnologia, somados às questões atinentes à formação médica, mormente na perspectiva de se encarar a morte como inimigo a ser vencido, estão entre os aspectos que corroboram a emergência de problemas éticos no domínio dos cuidados de fim de vida, os quais podem ser apresentados em conceitos como distanásia, ortotanásia, eutanásia e suicídio assistido, cuidados paliativos, LCT e diretivas antecipadas, conforme se ponderará a seguir.

Distanásia

A distanásia é o prolongamento do processo de morrer de um paciente com doença terminal, levando a uma morte agônica, lenta e com sofrimento.⁽²⁹⁾ É resultado da ação ou da intervenção médica em que não se atinge a beneficência, ainda que a mesma seja empregada como argumento favorável à prática, considerando-se, com grande frequência, somente a manutenção da vida biológica e olvidando-se o sofrimento do indivíduo. A obstinação terapêutica é a atitude dos profissionais da área da saúde dirigida à luta desenfreada contra a morte – como se fosse possível curá-la!⁽³⁰⁾ – ao passo que o tratamento fútil diz respeito ao emprego do arsenal biotecnológico e de métodos desproporcionais, ou seja, que não resultarão em melhora ou benefício para o doente, algumas vezes trazendo malefício,^(29,30) com o intento de ‘manter a vida’. Ambos os termos estão profundamente relacionados com o conceito de distanásia.

Muitas vezes, em nome do PSV, os profissionais da área da saúde buscam vencer a doença e a morte, o que acaba por se tornar uma tortura para os enfermos.⁽²⁹⁾ É importante comentar que a distanásia, compreendida em termos do PSV, é frequentemente relacionada à herança hipocrática, em respeito [supostamente...] ao princípio da beneficência.⁽³⁰⁾ De outro modo, é possível um contexto no qual o desejo do enfermo seja a manutenção da vida até os limites do possível, o que pode produzir um processo de morrer doloroso e sofrido, ou seja, a distanásia, mas, nesse caso, em atenção à decisão do próprio sujeito.

Ortotanásia

O conceito de ortotanásia, bastante empregado no Brasil, faz referência à morte “correta” e no “seu tempo certo”, sem apressá-la por meio da eutanásia ou adiá-la pela distanásia.⁽²⁹⁾ A ortotanásia está apresentada nas resoluções do CFM 1.805/2006⁽³¹⁾ e 1.995/2012⁽³²⁾, as quais procuram estabelecer os deveres do médico diante da doença terminal. Assim:

A ortotanásia permite ao doente que já entrou na fase final da sua doença, e àqueles que o cercam, enfrentar seu destino com certa tranquilidade porque, nesta perspectiva a morte não é uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida. Uma vez aceito este fato que a cultura ocidental moderna tende a esconder e a negar, abre-se a possibilidade de trabalhar com as pessoas a distinção entre curar e cuidar, entre manter a vida – quando isto for o procedimento correto – e permitir que a pessoa morra – quando sua hora chegou.⁽³³⁾

A resolução CFM 1.805/2006,⁽³¹⁾ sobre a terminalidade da vida, está em consonância com o PRA, de modo que o médico, desde que autorizado pelo paciente ou por seu responsável legal, dado o necessário esclarecimento sobre as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação, pode limitar ou suspender tratamentos exagerados e desnecessários que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade grave e incurável.⁽³¹⁾ Essa decisão deve ser registrada no prontuário, sendo assegurado ao doente, ou a seu representante legal, o direito de solicitar uma segunda opinião médica.⁽³¹⁾ O paciente deve ainda receber todos os cuidados necessários para aliviar os sinais e os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive o direito à alta hospitalar.⁽³¹⁾

A despeito dessas conjecturas e do uso na literatura, o conceito de ortotanásia mostra-se impreciso, na medida em que se pode indagar sobre qual é o tempo certo para morrer.

Eutanásia e suicídio assistido

O termo eutanásia (boa morte)⁽³⁰⁾ originou-se do grego, tendo sido utilizado pela primeira vez pelo historiador latino Suetônio, no século II d.C., quando da descrição da morte “suave” do imperador Augusto.⁽³⁰⁾ Contemporaneamente, a eutanásia é definida em um sentido mais amplo⁽²¹⁾ como “a abreviação do processo de morrer de um enfermo, por ação ou não-ação, com o objetivo último de aliviar um grande e insuportável sofrimento”.⁽²¹⁾ O suicídio assistido se refere aos contextos nos quais há ajuda para o autoextermínio do enfermo, a pedido do mesmo, ou seja, nesse caso é o próprio paciente que realiza o ato, embora necessite ajuda para tal mister.⁽¹⁷⁾ De um dado ponto de vista, há genuína proximidade entre suicídio assistido e eutanásia – na verdade, conjectura-se mesmo que o primeiro seja um *caso* da segunda, na medida em que, para ambos, o objetivo é aliviar o sofrimento extremo de um enfermo sem perspectiva de cura.

Em relação à argumentação bioética sobre a eutanásia/o suicídio assistido, pode ser destacado o seguinte: PSV é o grande esteio para a argumentação contrária à prática da eutanásia, uma

vez que a vida teria, segundo esse princípio, um valor absoluto, não podendo ser interrompida nem pela vontade tácita de seu titular;⁽¹⁷⁾ PRA é empregado para justificar a eutanásia, pois cabe ao sujeito autônomo tomar decisões durante toda sua vida, incluindo a forma pela qual esta deve terminar principalmente em um contexto de padecimento ocasionado por doença incurável; assim, o exercício da autonomia garantiria o direito a cada pessoa para dispor de sua vida segundo a própria vontade, garantindo assim uma “boa morte”.⁽²¹⁾

O debate sobre a eutanásia e o suicídio assistido tem se amplificado nas sociedades democráticas contemporâneas, na dependência principalmentedos seguintes fatores: transformações trazidas pela incorporação da Bioética para as discussões de âmbito prático no cuidado à saúde; repercussão de casos reais noticiados mundialmente,⁽¹⁷⁾ tais como Karen Ann Quillan, Diane-Quill, Ramon San Pedro, Vicent Humbert e Jack Kevorkian, dentre outros; a aprovação de leis, em diferentes países, descriminalizando a eutanásia, como no caso da Holanda,^(17,26,34-36) e o suicídio medicamente assistido, como no caso dos Estados Unidos (alguns Estados, como Oregon, por exemplo),^(17,26,34,35,37) de modo articulável ao PRA. As repercussões desse estado de coisas vêm sendo percebidas, particularmente, nas artes (principalmente no cinema),⁽³⁸⁾ com destaque para filmes como *Mar adentro*⁽³⁹⁾, *Menina de ouro*⁽⁴⁰⁾ e *As invasões bárbaras*⁽⁴¹⁾, dentre outros.

Cuidados paliativos

Segundo a OMS,⁽⁴²⁾ os cuidados paliativos:

[...] consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Mesmo sendo preconizado, pela OMS, como a quarta diretriz do Programa de Controle do Câncer, associado à prevenção, à detecção precoce e ao tratamento,^(42,43) sua presença na realidade brasileira ainda é bastante tímida, pela inexistência de uma rede de atenção estruturada no Sistema Único de Saúde (SUS) e na saúde suplementar.

Em nível mundial, o *International Observatory on End of Life Care* (IOELC) publicou livro⁽⁴⁴⁾ elaborado no Reino Unido. Identificou-se, em 234 países, a existência ou não de serviços de cuidados paliativos, estabelecendo-se a seguinte classificação:⁽⁴⁴⁾ Grupo IV, corresponde a 35 países possuem os serviços e política estruturada para sua provisão; Grupo III, corresponde a 80 países, com existência de serviços isolados (Brasil dentre eles, atualmente com cerca de 40 serviços e nenhuma iniciativa oficial); Grupo II, corresponde a 41 países não possuem serviços estruturados, mas iniciaram estratégias de capacitação profissional e formação de equipes e Grupo I, corresponde a 78 países que não possuem serviços.

É importante destacar que, segundo a OMS, os cuidados paliativos tornam-se necessários nos locais onde há alta proporção

de pessoas com doença avançada e poucas chances de cura.⁽⁴²⁾ Dados do INCA demonstram que mais de 50% dos seus pacientes, na admissão para tratamento, possuem estado avançado da enfermidade, o que já reduz a possibilidade de tratamento curativo.⁽⁴⁵⁾

Na prática oncológica, existe dificuldade quanto à transição do tratamento curativo para o paliativo, o que é denominado usualmente momento de “ruptura”, tanto na perspectiva dos profissionais da saúde quando dos pacientes/familiares.⁽⁴³⁾ Esse ponto é particularmente problemático no Brasil, uma vez que, diferentemente da realidade estadunidense e europeia, o SUS não oferece ao paciente e à família opção de escolha entre os dois tratamentos, havendo também poucos serviços especializados destinados à oferta de bons cuidados paliativos.

Alguns autores, como Kovács⁽²⁶⁾ e Pessini⁽²⁹⁾, aproximam os conceitos de ortotanásia e cuidados paliativos, pois ambos tendem a compreender a morte como processo natural, evitando a distanásia e buscando aliviar a dor e os sintomas do doente de maneira integral. O respeito à autonomia do enfermo é um aspecto muito relevante em ambos, ainda que possam se divisar limites ao mesmo. Deve ser destacado que os cuidados paliativos estendem o cuidado à família – durante todo o tratamento paliativo, incluindo o luto, além de incluir a atenção psicológica e espiritual aos envolvidos.

Limitação consentida de tratamento

As resoluções CFM 1.805/2006⁽³¹⁾ e 1995/2012⁽³²⁾ abrem a possibilidade para a LCT em pacientes com doenças consideradas terminais. Há, também, a modalidade de recusa ao tratamento, exemplificada pelo não início, ou pela não continuidade, de algum tratamento médico após a decisão do enfermo, a qual pode ser uma opção dos pacientes ou dos seus responsáveis legais, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).⁽⁴⁶⁾

Dentre as práticas concernentes à LCT encontram-se: a retirada do suporte vital (RSV), a qual é caracterizada como a suspensão de mecanismos artificiais de manutenção da vida, como hidratação e alimentação artificiais; e a não oferta de suporte vital (NSV), o que implica na abstenção dos elementos já descritos anteriormente e nas ordens de não ressuscitação (ONR).^(32,47,48)

Diretivas antecipadas

A resolução CFM 1.995/2012⁽³²⁾ dispõe sobre as diretivas antecipadas caracterizadas como:

[...] o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente sua vontade.

Em caso da impossibilidade de o enfermo se expressar de maneira livre, o médico levará em conta as diretivas antecipadas⁽⁴⁸⁾ ou as ponderações de um representante legal, permitindo, assim, que sua vontade seja cumprida. As condutas adotadas devem ser registradas no prontuário.⁽³²⁾

É importante ressaltar, igualmente, que o § 3º da resolução CFM 1.995/2012, explicita que “*as diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares*”.⁽³²⁾

As duas resoluções CFM 1.805/2006⁽³¹⁾ e 1.995/2012⁽³²⁾ são avanços substantivos em termos dos cuidados de fim de vida, minimizando a ocorrência de ações que possam desrespeitar a autonomia do paciente, especialmente em um contexto de prolongamento da vida contra a vontade do mesmo; ademais, ambas fornecem diretrizes de como o profissional deve agir quando estiver diante de situação irreversível da doença terminal.⁽⁴⁹⁾

Considerações finais

Os profissionais de saúde que se dedicam ao cuidado de pessoas com doença crônica e em final de vida têm enfrentado díspares problemas de natureza bioética em sua prática diária. Nesse contexto, devem ser consideradas especialmente: a utilização da tecnologia para prolongar a vida; a suspensão de terapias consideradas desnecessárias ou fúteis; o envelhecimento das populações; e a escassez de recursos. Tais aspectos podem ser debatidos à luz dos conceitos de distanásia, ortotanásia, eutanásia e suicídio assistido, cuidados paliativos, LCT e diretivas antecipadas.

A discussão dessas questões e a aquisição de uma mínima caixa de ferramentas, no sentido adotado por Wittgenstein⁽⁵⁰⁾ bioéticas para a abordagem dos problemas – aspectos pontuados no presente artigo – torna-se essencial para todo e qualquer profissional da saúde que atue com enfermos em processo de morrer, de modo a permitir um passamento digno, o que pressupõe o acolhimento dos desejos da pessoa, sem imposições baseadas na técnica e/ou no paternalismo.

Contribuições dos autores

MLF Lima desenhou o presente artigo – sob a orientação de STA Rego e de R Siqueira-Batista – e redigiu a primeira versão do mesmo. A revisão final do texto foi realizada por todos os autores.

REFERÊNCIAS

- Arendt H. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.
- Johansson J. The time of death's badness. *J Med Philos.* 2012; 37(5):464-79.
- Disilvestro R. The ghost in the machine is the elephant in the room: souls, death, and harm at the end of life. *J Med Philos.* 2012;37(5):480-502.
- Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
- Schramm FR. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev Bioética.* 2008;16(1):11-23.
- Kottow M. Introducción a la bioética. Santiago de Chile: Universitaria; 1995.
- Gracia D. Pensar a bioética: metas e desafios. São Paulo: Loyola; 2010.
- Motta LC, Vidal SV, Siqueira-Batista R. Bioética: afinal, o que é isto? *Rev Soc Bras Clin Med.* 2012;10(5):431-9.
- Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
- Engelhardt Jr HT. Fundamentos da bioética. São Paulo: Loyola; 2008.
- Mori M. A moralidade do aborto: sacralidade da vida e o novo papel da mulher. Brasília(DF): Universidade de Brasília; 1997.
- Esteves AP, Gomes AP, Schramm FR, Siqueira-Batista R. Abortion in cases of intra uterine malformation incompatible with life: ethical debate in the light of laic compassion and the bioethics of protection. *Diversitates [Internet].* 2012 [cited 2014 Jun 21];4(2): 54-65. Available from: http://diversitatesjournal.files.wordpress.com/2012/12/diversitates_4_n-2_artigo-4.pdf
- Mori M. Bioética: sua natureza e história. Humanidades [Internet]. 1994 [citado 2013 Jan 21];9(4):332-41. Disponível em: http://www.anis.org.br/cd01/comum/textoposgraduacao/pos-graduacao_texto_07_mori_port.pdf
- McCormick AJ. Self-determination, the right to die, and culture: a literature review. *Soc Work.* 2011;56(2):119-28.
- Pessini L, Barchifontaine CP. Bioética: do principialismo à busca de uma perspectiva latino- americana. In: Costa SI, Garrafa V, Oselka G, organizadores. Iniciação à Bioética. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 81-98.
- Siqueira-Batista R, Schramm FR. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(1):111-9.
- Kant I. Crítica da razão prática. São Paulo: Martin Claret; 2003.
- Siqueira-Batista R, Schramm FR. Bioética e neurociências: variações sobre o tema dos paradoxos da autonomia. In: Esperidião AV. Neurociências: diálogos e interseções. Rio de Janeiro: Rúbio; 2013. p.473-87.
- Kottow M. Enseñando las paradojas de la autonomia. *Rev Bras Educ Med.* 2000; 24(3):40-5.
- Siqueira-Batista R, Schramm FR. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(1):207-21.
- Rego S, Palácios M, Siqueira- Batista R. Bioética para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. Coleção Temas em Saúde.
- Ariès P. História da morte no ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.
- Diniz D, Guilhem D. O que é bioética. São Paulo: Brasiliense; 2002.
- Lima C. Do conceito ao diagnóstico sobre morte: controvérsias e dilemas éticos. *Rev Soc Port Med Int [Internet].* 2005 [citado 2014 Jul 27];12(1):6-10. Disponível em: http://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12_n1_2005_06-10.pdf
- Kovács, MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP.* 2003; 14(2):115-67.
- Congresso Nacional. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Congresso Nacional; 1997. [citado 2013 Nov 21]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.480/1997 de 8 de agosto de 1997. Dispõe sobre a caracterização de morte encefálica [Internet]. Brasília (DF): CFM; 1997. [citado 2013 Set 15]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1480_1997.htm
- Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola; 2007.
- Siqueira-Batista R, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Cienc Saúde Coletiva.* 2004; 9(1):31-41.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.805/2006 de 9 de novembro de 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 necessário para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2006. [citado 2012 Mar 19]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/111_2007.htm
32. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.995/2012 de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2012. [citado 2013 Jun 21]. Disponível em: http://www.bioetica.ufrgs.br/1995_2012.pdf
 33. Martin LM. Eutanásia e distanásia. In: Costa SI, Garrafa V, Oselka G, organizadores. Iniciação à Bioética. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 171-92.
 34. Fortes PA. A prevenção da distanásia nas legislações brasileira e francesa. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(3):195-7.
 35. Nunes R. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. *Rev Bioética*. 2009;17(1):29-39.
 36. Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, de Jong-Krul GJ, van Delden JJ, van der Heide A. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet*. 2012;380(9845):908-15.
 37. Díez-Fernández JA. Autonomía del paciente y deberes del médico en el proyecto de ley andaluza de “muerte digna”. *Cuad Bioet*. 2010;21(71):51-60.
 38. Alárcon AC, Aguirre CM. Interés del cine en docencia médica y el final de la vida. In: Rocha AC, Alárcon WA, editores. *Cine y medicina en el final de la vida*. San Sebastián, España: Sociedade Vasca de Cuidados Paliativos; 2006. p. 20-32.
 39. *Mar Adentro* [filme]. Direção de Alejandro Amenábar. Espanha-Itália-França. 21th Century Fox-Fine Line Features; 2004.125 min. Son., color. DVD.
 40. *Menina de Ouro* [filme]. Direção de Clint Eastwood. New York: Warner Bros-Europa Filmes; 2004.137 min. Son., color. DVD.
 41. *As Invasões Bárbaras* [filme]. Direção de Denys Arcand. França-Canadá. Miramax Films - Art Films; 2003. 99 min. Son., color. DVD.
 42. World Health Organization (WHO). *Cancer control: Knowledge into action. WHO guide for effective programmes*. Geneva; WHO; 2008.
 43. Menezes RA. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Garamond; 2004.
 44. Lynch T, Clark D, Connor SR. *Mapping levels of palliative care development: a global update 2011*. Londres; Worlwide Palliative Care Alliance; 2011.
 45. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *2004 Relatório Anual* [Internet]. Brasília (DF): INCA; 2004. Citado 2014 Jul 23. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/relatorio/relatorio.pdf>
 46. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Rev Bioética*. 2005;13(2):51-63.
 47. Kipper DJ. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para a nossa realidade. *Bioética*. 1999;7(1):59-70.
 48. Shaw D. A direct advance on advance directives. *Bioethics*. 2012; 26(5):267-74.
 49. Santos MC, Kurihara RS, Oliveira RA. Ortotanásia: aspectos éticos, médicos e jurídicos. *Rev Curso Direito Fac Campo Limpo Paul*. 2008;6:7-25.
 50. Wittgenstein L. *Investigações filosóficas*. Tradução: José Carlos Bruni. São Paulo: Nova Cultural; 1999.