

A TERMINALIDADE DA VIDA E OS ASPECTOS BIOÉTICOS

Amanda Moraes de Liz ¹

Jean Carlos Levay Murari ²

Helanio Veras Rodrigues ³

Fernanda de Figueiredo Ferreira ⁴

Daniel Capalonga ⁵

Anelise Levay Murari ⁶

Resumo:

A terminalidade da vida exige do médico um equilíbrio nas tomadas de decisões, evitando a persistência terapêutica, reconhecendo a finitude humana e as limitações da ciência médica sem deixar de proporcionar todos os benefícios oferecidos pelos avanços do conhecimento científico. A tomada de decisão deve ser baseada em princípios bioéticos e nos aspectos legais do país em que exerce a medicina. Assim, esse trabalho busca realizar um levantamento dos conceitos de ortotanásia, distanásia, eutanásia, suicídio assistido, limitação ou adequação do esforço terapêutico e cuidados paliativos. Buscando sintetizar o estado-da-arte da área, ou seja, mapear como a literatura clássica e a mais recente tratam a temática "A morte e o morrer", realizando uma análise dos conceitos com base nos aspectos legais do Brasil. Diante disso, uma perspectiva humanizada da morte e do morrer deve ser desenvolvida na formação de todos os profissionais da saúde para que os quatro princípios da bioética: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça sejam atendidos na terminalidade da vida.

Palavras-chave: ortotanásia, distanásia, eutanásia, suicídio assistido, limitação ou adequação do esforço terapêutico, cuidados paliativos

Modalidade de Participação: Iniciação Científica

A TERMINALIDADE DA VIDA E OS ASPECTOS BIOÉTICOS

¹ Aluno de graduação. amandamoraesdeliz@yahoo.com.br. Autor principal

² Graduado em Medicina. anelisem@gmail.com. Co-autor

³ Graduando. anebiosm@yahoo.com.br. Co-autor

⁴ pós-graduanda. fefiferreira@gmail.com. Co-autor

⁵ Graduando em Medicina. danielcapalonga@gmail.com. Co-autor

⁶ Docente. anelise.murari@ufsm.br. Orientador

A TERMINALIDADE DA VIDA E OS ASPECTOS BIOÉTICOS

1 INTRODUÇÃO

A rotina imposta aos médicos é bastante ampla: curar a enfermidade, cuidar da insuficiência orgânica, restabelecer a função, compensar a perda, aliviar os sofrimentos, confortar pacientes e familiares e acompanhar, ativa e serenamente, os últimos momentos da vida do paciente. Assim, exige do profissional um equilíbrio nas tomadas de decisões, evitando a persistência terapêutica em circunstância de terminalidade da vida, reconhecendo a finitude humana e as limitações da ciência médica sem deixar de proporcionar todos os benefícios oferecidos pelos avanços do conhecimento científico (GOMES et al., 2014).

Neste contexto a ciência da Bioética é importante ferramenta no exercício da medicina, pois se orienta basicamente por quatro princípios: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça (MORITZ et al., 2012). Estes princípios podem ser orientadores para justificar as práticas médicas e as ações humanas na área das ciências da vida e dos cuidados de saúde (KOERICH et al. 2005).

A legislação brasileira, também constitui importante ferramenta para os preceitos médicos na tomada de decisões acerca dos conceitos de ortotanásia, distanásia, eutanásia, suicídio assistido, limitação ou adequação do esforço terapêutico e cuidados paliativos para o exercício da medicina no Brasil. Portanto, este trabalho possui a temática “A morte e o morrer” e tem como objetivo descrever os conceitos da terminalidade da vida do ponto de vista conceitual, legislativo e crítico.

2 METODOLOGIA

Buscando sintetizar o estado-da-arte da área, ou seja, mapear como a literatura clássica e a mais recente tratam a temática o tema “A morte e o morrer” partiu-se da análise da Constituição da República Federativa do Brasil e do Código de Ética Médica. A partir disso, foi realizado o levantamento da literatura clássica e artigos nos portais de busca (SCIELO e Google Acadêmico).

3 RESULTADOS e DISCUSSÃO

A temática “A morte e o morrer” passou a ser assunto proeminente na Bioética a partir dos anos de 1990 impulsionada pelo avanço da tecnologia médica (COSTA et. al., 1998). Além disso, com a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil ocorreu aumento no número de pessoas que passaram a ter acesso às inovações na saúde que possibilitam o prolongamento da vida ampliando as dúvidas sobre quais seriam as condutas de cuidado adequadas para pacientes em fase terminal, tendo apenas um curto tempo que lhe resta na sua existência.

A Constituição da República Federativa do Brasil e o Código de Ética Médica são norteadores para o exercício profissional do médico no Brasil dentro do tema “A morte e o morrer” (Brasil, 1998; Conselhos de Medicina, 2017). A partir dos conceitos constitucionais a cerca da vida e morte do cidadão o Conselho Federal de Medicina elaborou as condutas pertinentes à profissão.

A Constituição Federal traz o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, bem como no direito à vida e protege, de maneira implícita, o direito à morte digna. Entretanto, a morte digna envolve questões polêmicas dos pontos de vista jurídico, religiosos, social, médico e filosófico cabe dizer que a lacuna normativa gera insegurança jurídica (CRUZ; OLIVEIRA, 2013).

O Código de Ética Médica vem suprir a lacuna constitucional ao destacar a relevância da comunicação e do respeito às vontades do paciente para a melhora de seu bem-estar ao fim da vida. Essa mudança de paradigma enfatiza a transição do foco da assistência médica da cura para o cuidado, principalmente em situações que podem prolongar a vida (COSTA et. al., 1998).

De acordo com Código de Ética Médica (2017, p.19) “É vedado ao médico: Art. 34 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, comunicar a seu representante legal.” Juntamente com o Artigo número 22 do Código de Ética Médica (2017, p.17) “É vedado ao médico: Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”. Estes artigos reforçam o princípio da Autonomia do paciente ao oportunizar a possibilidade de uma morte digna ao cidadão, uma vez que a Autonomia significa ter consciência deste direito da pessoa de possuir um projeto de vida próprio, de ter seus pontos de vista e opiniões, de fazer escolhas autônomas, de agir segundo seus valores e convicções (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994).

Em pediatria a Autonomia do paciente está ausente ou limitada, assim os responsáveis legais respondem pelos melhores interesses da criança, até que esta atinja um grau de desenvolvimento e maturidade que lhe permitam participar das decisões a respeito de sua saúde (LOCH, 1992). Divergências entre a equipe de saúde e os responsáveis legais podem resultar que as decisões recaiam na esfera judicial resultando em sofrimento para todas as partes envolvidas, uma vez que, as relações entre médico-paciente-família são pautadas por nuances pouco acessíveis aos julgadores. Portanto, uma abordagem humanista da relação médico-paciente-família, sobretudo em situações relacionadas a cuidados de pacientes com doenças progressivas e incuráveis, deve ser levada em conta por todos os agentes envolvidos no tratamento, a fim de evitar a judicialização de decisões médicas (DADALTO; AFFONSECA, 2018).

Desse modo, a morte digna deve ser fruto de uma decisão consciente e informada do paciente ou seus responsáveis legais. Neste quadro, cabe ao médico respeitar a vontade do paciente que escolhe evitar tratamentos extraordinários, que apesar de prolongarem a quantidade de vida, prejudicam sua qualidade.

A discussão sobre o fim da vida remete à preocupação de defesa da dignidade também nessa fase terminal e grande parte da discussão gira em torno dos meios para alcançar esse fim. O debate torna-se mais complexo devido às terminologias que podem não serem muito claras sobre o que é condenado ou aprovado (PESSINI, 2004). Assim, é necessário proceder à distinção conceitual entre distanásia, eutanásia, suicídio assistido, ortotanásia, limitação ou adequação do esforço terapêutico e cuidados paliativos.

A distanásia é caracterizada por um conjunto de tratamentos médicos que visam estender a sobrevivência do paciente em fase terminal, deixando em segundo plano a qualidade de vida do paciente (CRUZ; OLIVEIRA, 2013). No atual Código de Ética Médica notamos uma importante mudança de ênfase, que vem sendo construída ao longo do tempo, de que o objetivo da medicina não é apenas prolongar ao máximo o tempo de vida da pessoa, mas para avaliar seus procedimentos é se eles vão beneficiá-la ou não. O princípio da beneficência norteia a essência das condutas médicas, visando garantir a saúde do paciente e o seu bem-estar (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994). Um enfermo terminal apresenta sofrimento, tanto físico como emocional e psíquico. Prolongar a vida de um paciente nessa condição certamente não significa promover a beneficência. Entretanto, a distanásia, pode ser uma escolha do paciente e cabe ao médico informá-lo das consequências a cerca de sua qualidade de vida.

A eutanásia e a distanásia, como procedimentos médicos, têm em comum a preocupação com a morte do ser humano e a maneira mais adequada de lidar com isso. Diferente da distanásia, a eutanásia se preocupa prioritariamente com a qualidade da vida humana na sua fase final (COSTA, et al., 1998). Entretanto, no Brasil essa prática médica é criminalizada pelo Código Penal e, portanto, não pode ser uma escolha médica ou do paciente.

O suicídio assistido se caracteriza por uma decisão da pessoa gravemente enferma que escolhe dar fim à própria vida. É a ação do próprio indivíduo que causa sua morte. Entretanto, existe a participação de um terceiro que o auxilia de qualquer maneira, sob a forma de assistência material ou moral e este será penalizado, mesmo que a prática tenha ocorrido por sentimento de compaixão (CRUZ; OLIVEIRA, 2013). No Brasil, o suicídio assistido é crime previsto pelo Código Penal:

Art. 122 - Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

Parágrafo único - A pena é duplicada:

Aumento de pena

I - se o crime é praticado por motivo egoístico;

II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência. (BRASIL, 1940).

A principal diferença entre o suicídio assistido e a eutanásia resta na pessoa cuja ação diretamente causará a morte. No suicídio assistido é o enfermo que causa a própria morte, sendo o auxiliador mero veículo para sua efetivação. Por sua vez, a eutanásia, como se verá, pressupõe que o ato que leva o paciente à morte seja praticado integralmente pelo terceiro, movido por compaixão. CRUZ; OLIVEIRA, 2013).

A ortotanásia é prática lícita que visa o bem-estar do paciente em fase terminal (CRUZ; OLIVEIRA, 2013). Nessa prática, as equipes de saúde fornecem os avanços tecnológicos e espirituais para a melhoria da qualidade de vida ao final da vida.

Portanto, a ortotanásia encaixa-se nessa linha de práticas como a melhor escolha para pacientes com doenças em estado terminal, com intenso sofrimento físico e psíquico. Ao praticar a ortotanásia o médico não estaria agindo com negligência, imperícia ou imprudência, em regra. Porque se pressupõe que, para que a ortotanásia se configure, é preciso que o médico avalie o prognóstico do paciente, preocupando-se com sua “qualidade de morte” e autonomia, converse sobre o fim da vida, tratamentos possíveis e administre cuidado paliativo.

As discussões a respeito das condutas de limitação de esforço terapêutico (LET) são frequentes nas unidades de terapia intensiva e na especialidade médica oncológica e são também importantes em contextos hospitalares de internação de longa permanência para vítimas de grandes traumas e agravos que necessitam de cuidados prolongados à saúde e de reinserção social. Na prática clínica, a tomada de decisão para LET é complexa e deve envolver o indivíduo, a família e a equipe multiprofissional. (GOMES et al., 2014).

Neste sentido a limitação de esforço terapêutico tem que levar em consideração a perspectiva de uma tomada de decisão complexa, multifacetada e acompanhada pela intensificação dos cuidados paliativos, buscando evitar decisões unilaterais, lineares e simplistas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o cuidado paliativo é abordagem de melhora à qualidade de vida dos pacientes (adultos ou crianças) e de seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia sofrimento por meio da investigação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais. (WHO, 2018). Os cuidados paliativos visam o conforto

do paciente, sem interferir propriamente na evolução da doença e de que é exemplos à analgesia e outras medicações sintomáticas, a higienização, a atenção devida à pessoa e à família naquele momento de dificuldade. O amplo acesso a cuidados paliativos ainda é restrito a maioria dos pacientes, pois exige equipes hospitalares multidisciplinares e o emprego de medicamentos muitas vezes de difícil acesso para administrações domiciliares. Uma vez que abordar o sofrimento envolve cuidar de questões além dos sintomas físicos, inclui atender às necessidades práticas de apoio ao paciente e seus familiares que envolvem o atendimento ao luto.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da distinção teórica dessas definições, os limites conceituais na prática clínica frente ao paciente de longa permanência hospitalar com lesão encefálica grave, por exemplo, podem por vezes não ser tão nítidos, levando em consideração a pessoa internada, a família e a equipe multiprofissional.

Assim, a tomada de decisão clínica quanto a não aplicação ou suspensão de medidas terapêuticas nesse perfil clínico exige reflexões constantes sobre a relação entre prognóstico de vida e de qualidade de vida futura durante todo o período de internação. Diante disso, uma perspectiva humanizada da morte e do morrer deve ser desenvolvida na formação de todos os profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 4ed. New York: Oxford University Press, 1994. 546 p.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Dispõe sobre o Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dezembro de 1940.

CONSELHOS DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: Código de Processo Ético Profissional, Direitos dos Pacientes**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2017. 88p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília: **CFM**; 2012.

COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, G. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. 302 p.

CRUZ, M. L. M.; OLIVEIRA, R. A. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. **Rev. bioét.** (Impr.). v. 21, n.3, p. 405-411, 2013.

DADALTO, L.; AFFONSECA, C. A. Considerações médicas, éticas e jurídicas sobre decisões de fim de vida em pacientes pediátricos. **Rev. bioét.** (Impr.). v. 26, n. 1, p. 12-21, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018261221>

GOMES, H. A. et al. Limitação de esforço terapêutico na pessoa com lesão encefálica grave. **Rev. bioét.** (Impr.), v. 22 n. 2, p. 282-290, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222009>

KOERICH, M. S., MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto & Contexto Enferm.** v. 14, n. 1, p.106-110, 2005.

LOCH, J. A. Uma Introdução à Bioética. **Temas de Pediatria Nestlé**, n.73, p. 12-19, 2002.

MORITZ, R. D.; ROSSINI, J. P.; DEICAS, A. Cuidados paliativos na UTI: definições e aspectos ético-legais. In: MORITZ, R. D. **Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 19-32.

PESSINI, L. **Eutanásia: Porque abreviar a vida?** São Paulo: Loyola, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care** [Internet]. Disponível: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em 16 jun 2018.

SANTOS, D. A. et al. Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. **Rev. bioét.** (Impr.) v. 22, n. 2, p. 367-372, 2014 Disponível em: [Dhttp://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222018](http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222018)