



Revista Colombiana de Bioética

ISSN: 1900-6896

publicacionesbioetica@unbosque.edu.co

Universidad El Bosque

Colombia

de Siqueira, José Eduardo; Pessini, Leo; Motta de Siqueira, Carlos Eduardo
Conflitos morais sobre a terminalidade da vida: aspectos médicos, filosóficos e jurídicos
Revista Colombiana de Bioética, vol. 8, núm. 2, julio-diciembre, 2013, pp. 104-115
Universidad El Bosque
Bogotá, Colombia

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189230852008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Conflitos morais sobre a terminalidade da vida: aspectos médicos, filosóficos e jurídicos*

Conflictos morales al final de la vida: aspectos médicos, filosóficos y jurídicos

José Eduardo de Siqueira**; Leo Pessini*** y Carlos Eduardo Motta de Siqueira****

Resumo

A rotina imposta aos médicos é reconhecer e perseguir múltiplos objetivos, que podem ser complementares ou excludentes. 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 não é tarefa fácil e isenta de frustrações, pois os obriga a considerar, caso a caso, o justo equilíbrio nas tomadas de decisões, evitando a obstinação 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. Aspecto não menos importante é o da valorização das crenças do enfermo, pois a busca por um sentido transcendente da existência ocupa lugar importante na história biográfica das pessoas. O presente artigo pretende oferecer reflexões para orientar a busca prudente do adequado equilíbrio no uso das hodiernas tecnologias biomédicas no tratamento de pacientes com enfermidades crônico-degenerativas em fase terminal. Outrossim, consideramos ser imperioso que os médicos sejam receptivos e respeitosos às crenças e valores pessoais de seus pacientes e que o árduo exercício da profissão não seja ainda mais custoso caso se adote o perigoso atalho da medicina defensiva.

Palavras-chave: terminalidade da vida, obstinação terapêutica, ortotanásia, espiritualidade, judicialização da medicina.

Resumen

La rutina impuesta a los médicos es reconocer y perseguir múltiples objetivos, que pueden ser complementarios o excluyentes. Curar la enfermedad, cuidar de la insuficiencia orgánica, restablecer la función, compensar la pérdida, aliviar los sufrimientos; confortar pacientes y familiares, y acompañar, activa y serenamente, los últimos momentos de la vida del paciente no es tarea fácil y libre de frustraciones, pues los obliga a considerar, caso por caso, el justo equilibrio en la toma de decisiones, evitando la obstinación terapéutica en el final

* Ensayo científico. Este documento que recoge las ideas y argumentos presentados durante el XIX Seminario Internacional de Bioética "Dimensiones Políticas de la Bioética", realizado en la Universidad El Bosque –Bogotá, Colombia–, agosto de 2013. Documento entregado el 30 de agosto de 2013 y aprobado el 19 de noviembre de 2013.

** Doutor em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina, Mestre em Bioética pela Universidade do Chile, Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (2005-2007), Membro do Conselho de Assesores da Red Latinoamericana de Bioética da UNESCO, Membro Titular da Academia Paranaense de Medicina, Membro do board de Diretores da International Association of Biethics, autor de várias obras, entre as quais "Ética, Ciência e Responsabilidade", São Paulo: Loyola, 2005; "Bioética no Brasil: tendências e perspectivas", Aparecida e Letras, 2007; "Bioética Clínica", São Paulo: Global, 2008, Co-organizador de "Bioética em tempo de incertezas", São Paulo: Loyola, 2010.

*** Professor Doutor no Programa de Pós-graduação, mestrado e doutorado stricto sensu do Centro Universitário São Camilo, SP, Membro da Comissão Técnica de Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina. Autor de inúmeras obras, entre outras: "Distanásia: até quando prolongar a vida?", 2ª edição, São Paulo: Loyola, 2006; Co-organizador de "Ibero-american bioethics: history and perspectives", Amsterdam: Springer, 2010; "Bioética em tempo de incertezas", São Paulo: Loyola, 2010.

**** Médico Assistente da Unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de São Paulo, Especialista em Medicina Intensiva pela AMIB, Advogado.

de la vida, reconociendo la finitud humana y las limitaciones de la ciencia médica sin dejar de proporcionar todos los beneficios ofrecidos por los avances del conocimiento científico. Aspecto no menos importante es la valoración de las creencias del enfermo, pues la búsqueda de un sentido trascendente de la existencia ocupa un lugar sustancial en la historia de vida de las personas. El presente artículo ofrece reflexiones para orientar la búsqueda prudente del adecuado equilibrio en el uso de las modernas tecnologías biomédicas en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en fase terminal. Además, consideramos imperativo que los médicos sean receptivos y respetuosos de las creencias y valores personales de sus pacientes, y que el arduo ejercicio de la profesión no sea más costoso si se adopta el peligroso camino de la medicina defensiva.

Palabras clave: Final de la vida, obstinación terapéutica, ortotanasia, espiritualidade, judicialización de la medicina.

1. Terminalidade da vida na era da medicina tecnológica

A ética médica tradicional concebida pelo modelo hipocrático é marcada pela assimetria entre médico e paciente, otorgando ao primeiro a responsabilidade de tomar todas as decisões diagnósticas ou terapêuticas, restando ao paciente apenas, a obrigação de acatá-las sem reservas. Assim, até a primeira metade do século XX, qualquer ato médico era julgado levando-se em conta apenas a competência técnica do profissional, desconsiderando os valores e crenças dos pacientes. Somente a partir da década de 1960 os códigos de ética profissionais passaram a reconhecer o enfermo como agente autônomo. O atual ordenamento deontológico brasileiro estabelece em seu artigo 31, ser vedado ao médico *“desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas”*¹. Por outro lado, o Código de Ética Médica Canadense, atualizado em 2004, ao apresentar as dez “responsabilidades fundamentais” dos médicos, no que tange ao tema da terminalidade da vida, estabelece como responsabilidade fundamental do médico: *“Prover cuidados apropriados ao seu paciente, mesmo quando a cura não é mais possível, incluindo o conforto físico e espiritual, bem como o suporte psicossocial.”*

A Associação Médica Americana, em sua Declaração sobre Cuidados no Final de Vida publicada em 2005, considera que

na fase final da vida (...) os pacientes devem confiar que seus valores pessoais terão prioridade, seja na comunicação com a família e seus amigos, no cuidado de necessidades espirituais, na tarefa de concluir uma questão de natureza moral ainda pendente ou na escolha do local de seu passamento.

Concomitantemente, a essas decisões de ordem deontológica, as entidades médicas, mais especialmente a partir dos anos 1970, passaram a conviver com a rápida incorporação de extraordinários avanços tecnológicos. Unidades de Terapia Intensiva e novas metodologias criadas para aferir e controlar as mais diferentes variáveis bioquímicas e hemodinâmicas do paciente, ofereceram aos profissionais a possibilidade de manter vivo um organismo seriamente enfermo, adiando o momento da morte até limites antes impensáveis.

Se no início do século XX, o tempo estimado para o óbito desses pacientes, era de cinco dias, a partir dos anos 1970, esse período tornou-se dez vezes maior. Tamanho é o arsenal tecnológico hoje disponível nas Unidades de Terapia Intensiva que o médico sente-se na obrigação de oferecer todas as alternativas terapêuticas possíveis, não importando quão limitado for

¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM no.1931. Brasília, DF: 17 de Setembro de 2009.

o prognóstico da enfermidade que acomete o paciente². O uso desproporcional dessas práticas terapêuticas, despertou a indignação de muitos autores que passaram a criticar duramente a formação médica. Bernard Lown, em “*A arte perdida de curar*” considerou que:

As escolas de medicina e o estágio nos hospitais os preparam [os futuros médicos] para tornarem-se oficiais-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico. A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer³.

O que nos obriga a reconhecer como significativa a parcela de responsabilidade do aparelho formador que ao dar ênfase na formação técnica do estudante, subestimando os aspectos psicossociais e espirituais do paciente acaba por descaracterizar a verdadeira arte de cuidar. Pedro Lain Entralgo, célebre Professor de História da Medicina da Universidade Complutense de Madri ensinava que para ser médico não bastaria saber medicina, mas seria necessário conhecer humanidades médicas⁴.

O fato é que cresceu enormemente o poder de intervenção do médico sem que ocorresse simultaneamente uma reflexão sobre a real pertinência da indicação desses procedimentos sobre a qualidade de vida dos enfermos. Seria ocioso comentar os benefícios obtidos com as novas metodologias diagnósticas e terapêuticas. Numerosas são as vidas salvas em situações críticas como, por exemplo, nos casos de pacientes recuperados após infarto agudo do miocárdio e/ou enfermidades com graves distúrbios hemodinâmicos que são plenamente recuperados através de engenhosos procedimentos terapêuticos.

Ocorre que nossas U.T.I. passaram a receber, simultaneamente, pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas incuráveis em fase terminal de vida, com intercorrências clínicas as mais diversas e que são contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se para os últimos, com frequência, alcança-se recuperação clínica satisfatória, para os crônicos pouco se oferece além de um sobreviver precário. Os médicos são cada vez mais expostos à dúvida sobre o real significado da vida e da morte. ¿Até quando avançar nos procedimentos de suporte artificial da vida? ¿Em que momento interrompê-los e amparado em que tipo de argumentação moral? No curso médico aprende-se muito sobre tecnologia de ponta e pouco sobre o significado metafísico da vida e do processo de morrer⁵.

Pensadores como Heidegger e Jacques Ellul formularam juízos extremamente críticos sobre a incorporação acrítica da tecnociência, ao considerar que a civilização da técnica anulou a liberdade humana e tornou inevitável a absorção do homem pelo universo frio da tecnologia. Ellul chegou a identificar uma “perversão do homem pela tecnologia”, pois seríamos desviados de nossas originais vocações de seres racionais⁶. Heidegger, no mesmo sentido, considerou a tecnologia o veículo que conduziria a vida à pura instrumentalidade, inviabilizando o projeto de existência humana autêntica⁷.

A idéia de que a ciência tem resposta para tudo decorre de visão distorcida da realidade, circunstância herdada da filosofia racionalista. Assim, torna-se essencial preservar o espírito crítico, sabendo inconsequente a postura obscurantista que pretende conter os avanços da biomedicina por superestimar seus riscos, mas é igualmente pouco razoável cultivar um otimismo acrítico

² SIQUEIRA, J. E. *Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros*. Bioética. 2000, vol. 8 (1), 55–67.

³ LOWN, B. *A arte perdida de curar*. São Paulo: Editora JSN, 1996.

⁴ ENTRALGO, P. L. *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza Editorial, 1983.

⁵ SIQUEIRA, J. E. *Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida*. Bioética. 2005, vol.13 (2), 37–50.

⁶ BOURG, D. *O homem artifício: o sentido da técnica*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

⁷ HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. São Paulo: Vozes, 2008.

sobre todas as novidades introduzidas pela tecnologia. Precisamos considerar com atenção a contundente avaliação de Nietzsche sobre a arrogância do saber científico:

Vós sois seres frios, que vos sentis encorajados contra a paixão e a quimera. Bem que gostaríeis que a vossa ciência se transformasse em adorno e objeto de orgulho! Afixais em vós mesmos a etiqueta de realistas e dais a entender que o mundo é verdadeiramente feito tal qual vos parece⁸.

Inúmeros são os dados da literatura que evidenciam as dramáticas incertezas dos profissionais de saúde quando da tomada de decisões em casos que envolvem conflitos morais presentes no atendimento à pacientes portadores de enfermidades terminais, pois ao praticar-se uma medicina que privilegia a manutenção de variáveis biológicas por meio de procedimentos extraordinários e desproporcionais, adia-se a morte as custas de insensato e prolongado sofrimento para o enfermo e sua família.

O estudo SUPPORT realizado no final do século passado, por meio de coleta de informações de familiares e pacientes idosos gravemente enfermos, concluiu que 55% dos mesmos esteve consciente nos três dias que antecederam a morte, sendo que 40% sofreu dores insuportáveis, 80% fadiga extrema e 63% extrema dificuldade para tolerar o sofrimento físico e emocional que experimentavam⁹.

Mais recentemente, tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo como objetivo avaliar a conduta clínica de médicos intensivistas das 11 Unidades de Terapia Intensiva do com-

plexo do Hospital das Clínicas, nos aspectos referentes aos cuidados prestados à pacientes portadores de enfermidades terminais, mostrou quão distante estamos ainda de contar com profissionais que estabeleçam decisões clínicas revestidas de amparo ético. O autor aplicou um bem elaborado questionário à 107 médicos que trabalham em todas as UTI daquele complexo hospitalar.

Em síntese, os objetivos do estudo foram os de analisar as condutas propostas pelos profissionais frente a duas situações clínicas hipotéticas. A primeira referia-se a indicação de ordem de não reanimação (ONR) no caso de uma paciente de 55 anos em estado vegetativo persistente instalado após parada cardíaco-respiratória decorrente de insuficiência coronária aguda. O segundo caso era o de uma senhora viúva de 88 anos que, durante sua internação na UTI, desenvolveu septicemia grave e insuficiência renal aguda em decorrência de uma pneumonia lobar e que, embora tolerando muito pouco a ventilação não invasiva, necessitaria para manutenção de seus dados vitais da instalação de ventilação mecânica invasiva, sendo que nesse caso, a questão proposta versava sobre a escolha entre a instalação de procedimento invasivo ventilatório associado a drogas vasoativas e hemodiálise ou simplesmente a introdução de medidas terapêuticas de conforto e cuidados paliativos, considerando que a condição clínica da paciente era terminal.

Pois bem, as condutas propostas pelos participantes referentes ao primeiro caso mostraram que, 89% indicaria a ONR, entretanto desses 44% o fariam apenas verbalmente, não registrando no prontuário da paciente, alegando, entre outras justificativas, a necessidade de auto-proteção frente a possibilidade de processo judicial por omissão de socorro. Com relação ao segundo caso, 60% dos entrevistados respondeu que limitaria de alguma forma o suporte artificial de

⁸ NIETZSCHE, F. A *Gaia Ciência*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

⁹ LYNN, J. *Study to understand prognosis and preferences for outcomes and risk of treatment (SUPPORT)*. *Ann Intern Med.* 1997, 126: 97-106.

vida (SAV), enquanto 21% empregaria todos os procedimentos disponíveis e apenas 19% retiraria todos os suportes artificiais¹⁰.

Essas posturas tão díspares, parecem mostrar que não mais se considera o ensinamento contido no antigo aforismo que enunciava como função do médico “curar as vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre”. Em lugar de cuidar da pessoa doente, passou-se a privilegiar o tratamento da doença da pessoa, desconsiderando que a missão essencial dos profissionais de saúde deve ser o de respeitar a dignidade do paciente em sua integralidade biopsicossocial e espiritual.

A obsessão de manter a vida biológica à qualquer custo redundou na prática da obstinação terapêutica. Alguns alegando ser a vida um bem sagrado, por nada se afastam da determinação de tudo fazer enquanto restar mesmo que apenas um “débil sopro de vida”. Entretanto, é bom recordar que um documento sobre eutanásia publicado pela Igreja Católica assim tratou a questão da futilidade terapêutica: “É sempre lícito contentar-se com os meios normais que a medicina proporciona e renunciar a certas intervenções médicas inadequadas à situações reais do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e sua família. Na iminência de uma morte inevitável é lícito em consciência tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida...”¹¹.

2. Espiritualidade e o exercício da medicina

Na visão de alguns autores, o fato de a medicina moderna ter reduzido o paciente à sua dimensão

meramente biológica, acabou por transformar-se na principal alavanca que promoveu a implosão do edifício da tecnociência e ressuscitou o ser humano biopsicossocial e espiritual¹². Inúmeras são as publicações concordantes com a tese de Cassel^{13,14,15}. Nessa mesma linha de percepção, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco¹⁶, registra em sua introdução: “*Tendo igualmente presente que a identidade de um indivíduo inclui dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais...*” A portaria 1820 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde em nosso país, estabelece que:

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter garantido todos os procedimentos médicos para preservação de seus valores éticos, culturais e religiosos, o bem-estar psíquico e emocional, a escolha do local de morte e o recebimento de visita de religiosos de qualquer credo¹⁷.

Vivemos um momento cultural em que privilegia-se de maneira quase obsessiva a busca por uma analgesia a mais ampla e irrestrita possível, considerando que não conviver com a dor de perdas circunstanciais seria o único caminho viável para enfrentar todos os tipos de padecimentos. A medida que a dor e a morte foram “hospitalizadas” as pessoas sentiram-se privadas de viver uma experiência pessoal única e intransferível, e em decorrência dessa abordagem terapêutica retirou-se do sofrimento seu significado exis-

¹⁰ FORTE, D. N. *Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida em UTI*. Tese de doutorado. São Paulo: FAMUSP, 2011.

¹¹ DECLARAÇÃO SOBRE EUTANÁSIA. Congregação para a Doutrina da Fé. Cidade do Vaticano: 05 de Maio de 1980.

¹² CASSEL, E. J. *The nature of suffering and the goals of medicine*. New York: Oxford University Press, 1991.

¹³ LELOUP, J. Y., BOOF, L. & WEIL, P. *O espírito na saúde*. 6ª edição. Petrópolis: Vozes, 2002.

¹⁴ PESSINI, L. BARCHIFONTAINE, C. P. *Em busca de sentido e plenitude de vida: Bioética, saúde e espiritualidade*. São Paulo: Paulinas/Editora do Centro Universitário São Camilo, 2008.

¹⁵ PESSINI, L. & BERTACHINI, L. (Orgs.) *Humanização e Cuidados Paliativos*. 4ª edição. São Paulo: Editora do Centro São Camilo/Loyola, 2009.

¹⁶ DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS. Paris: 33ª Sessão Conferência Geral da UNESCO, Out 2005.

¹⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria no. 1820*. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, 80-81, 14 de Agosto de 2009.

tencial e passou-se a considerá-lo unicamente como problema técnico.

Proclama-se a conquista da felicidade por meio da trindade farmacológica sibutramina, fluoxetina e sildenafil, disponível nas prateleiras de qualquer farmácia a um custo bastante acessível. A sibutramina, como a droga que ao favorecer o emagrecimento permitiria alcançar o tão desejado corpo escultural; a fluoxetina e seus equivalentes mais modernos que suprimiria os indesejáveis momentos de tristeza d'alma e, completando a tríade, o sildenafil e seus sucedâneos que poupariam os homens do constrangimento imposto pela disfunção erétil e lhes permitiria o mais completo gozo da sexualidade.

O sofrimento, qualquer que seja, passou a ser considerado insuportável. Se as sociedades pretéritas consideravam toda pessoa como única responsável por seus atos, a modernidade aceitou com a possibilidade de terceirizar todas as soluções para os padecimentos humanos por meio da medicalização da vida. Assim, porque suportar qualquer incômodo, mesmo que transitório, se a indústria farmacêutica opera milagres na produção de drogas que nos livram de todos os males do corpo e da alma? Substituiu-se a rica experiência do crescimento na elaboração das inevitáveis perdas da vida pela equivocada busca de anestesiar a própria existência naquilo que ela tem de mais humano. Perdemos a capacidade de estabelecer distinção entre o significado da dor física daquela representada pelo sofrimento metamorfoseado na dor total, que não tem endereço fixo no organismo enfermo, descrita por alguns autores, como um sentimento de angústia, impotência, perda de controle e ameaça à integridade do próprio eu.

Se a dor física pode ser controlada com analgésicos, o sofrimento imposto pela dor total, clama por cuidado integral, situação essa bem descrita por Cassel ao considerá-la “o sofrimento [que]

ocorre quando existe a possibilidade de uma destruição iminente da pessoa, continua até que a ameaça de desintegração passa ou até que a integridade da pessoa seja restaurada novamente. Destaco que sentido e transcendência (grifo nosso) oferecem duas pistas de como o sofrimento associado com a destruição de uma parte da personalidade pode ser diminuído. [O reconhecimento] de um significado para a condição sofrida freqüentemente reduz ou mesmo elimina o sofrimento associado a ela. A transcendência é provavelmente a forma mais poderosa pela qual alguém pode ter sua integridade restaurada, após ter sofrido a desintegração da personalidade”¹⁸.

Na história da espiritualidade católica, em um passado não muito distante, o sofrimento foi cultuado como se ele próprio fosse o único caminho para a obtenção da salvação eterna. A expressão popular, “*se a gente não sofre não ganha o céu*” caracteriza muito bem essa percepção. Na busca de superar essa devoção ao sofrimento precisa-se reler atentamente os Evangelhos e perceber que o ensinamento fundamental neles contido não é a exaltação da dor e do sofrimento, mas sim, a do amor. “Misericórdia eu quero e não sacrifício”, disse Jesus. Na carta apostólica Salvifici Doloris lemos que “O sofrimento humano suscita compaixão, inspira também respeito e, a seu modo intimida. Nele, efetivamente está contida a grandeza de um mistério específico (...) o amor é ainda a fonte mais plena para a resposta à pergunta acerca do sentido do sofrimento. Esta resposta foi dada por Deus ao homem, na Cruz de Jesus Cristo”¹⁹.

A espiritualidade diz respeito à busca do ser humano por um sentido e significado transcendente da vida. A religião, por sua vez, é um conjunto de crenças e práticas litúrgicas próprias de uma comunidade que busca por um significado trans-

¹⁸ CASSEL, E. J. *Op. cit.*

¹⁹ JOÃO PAULO II. Carta Apostólica Salvifici Doloris: O sentido cristão do sofrimento humano. Cidade do Vaticano, 1984.

cendente da vida frente as diferentes circunstâncias da existência humana, desde o nascimento até a morte. O escopo da medicina paliativa parte de uma visão mais abrangente do adoecer e propõe aos profissionais de saúde um modelo de cuidados holísticos, que levem em conta todas as dimensões representativas da vida do paciente. Nesses cuidados, os objetivos à serem alcançados são excepcionalmente prolongar a vida, frequentemente protegê-la, mas sempre preservar e cuidar da pessoa. A compaixão deve estar presente em todas as ações dessa ordem de cuidados e pode ser enunciada pelo termo hospitalidade e dela derivam as palavras “hospital” e “hospice”. Nesse momento especial da vida do paciente, marcado pela finitude e pela mais densa expressão da vulnerabilidade humana, o encontro dos cuidadores com o enfermo permite que os profissionais vivam a experiência do acolhimento e do genuíno amor ao próximo²⁰.

Por outro lado, a pessoa do cuidador deve assumir novo significado, qual seja o de estar preparado para ouvir atentamente todas as angústias que estão presentes nesse momento de despedida da vida. O objetivo maior dessa conduta é o de auxiliar o paciente no processo de enfrentar sua finitude com o máximo de serenidade possível. Segundo Breitbart:

Reconhecer e encarar com serenidade a própria morte, nossa finitude de vida, pode ser para muitos, um fator de transformação. A atitude de enfrentar a própria morte leva a pessoa a se voltar para encarar e [valorizar] a vida que foi vivida. Nesse momento ainda existe vida para ser vivida, tempo para simplesmente ser, de forma que o paciente [possa] partir com um senso de paz e de aceitação da vida vivida. O paradoxo dessa dinâmica de final de vida é que através da aceitação da vida que se

viveu, surge a aceitação da partida e da morte”, conclui o autor²¹.

Como seres humanos, buscamos o sentido maior do significado da vida e nos preocupamos com algumas questões fundamentais: como, por exemplo, ¿De onde viemos? ¿Qual a razão de estarmos aqui? ¿Para onde vamos? ou ainda, o que nos está reservado após a morte, ¿será que existe verdadeiramente algo além dessa fronteira?

Essas são questões essenciais da experiência religiosa. A palavra religião vem do latim religio, onde a raiz re (novamente) e ligare (conectar), o que pode ser traduzido como o esforço humano de se reconectar com sua própria existência. A busca de transcendência ou de união com algo além de nós mesmos parece ser a maneira mais autêntica da vivência espiritual, não importando a confissão religiosa específica ou até mesmo a crença em um Deus onisciente. Outrossim, para os pacientes que professam uma crença específica, deve ser permitido a assistência especial de um representante religioso de sua escolha. Para além dos agentes químicos, que visam aliviar a dor e tratar os sofrimentos físicos é necessário o resgate da dimensão espiritual da própria existência.

A maior contribuição de Victor Frankl para a psicologia moderna foi a de valorizar o componente espiritual da vida, dotando-a de significado. Sumarizando o pensamento do autor pode-se destacar: 1) O sentido da vida e a busca de significado: a vida tem um sentido e este não é perdido na sua fase final; seu significado pode mudar circunstancialmente ao longo do tempo, mas nunca deixa de existir. 2) O livre arbítrio: a liberdade para a busca de sentido e o poder de escolha para a tomada de decisões frente ao sofrimento inerente à existência humana²².

²⁰ PESSINI, L. & BERTACHINI, L. *Op. cit.*

²¹ BREITBART, W. *Thoughts on the goals of psychosocial palliative care. Palliative and Supportive Care*. 2008, 6: 211–212.

²² FRANKL, V. *Em busca de sentido*. 26a edição. Petrópolis: Vozes, 2008.

Em síntese, insuportável não é simplesmente a presença da dor; mas a falta de sentido que a acompanha e o sofrimento pela falta de sentido da própria vida. Cultivar a espiritualidade assume a característica de bem-estar, conforto e esperança, o que torna imperioso que os serviços de saúde públicos ou privados se organizem para oferecer esse tipo de assistência aos pacientes²³. Afinal, não podemos esquecer que se precisamos de cuidados especiais ao nascer, precisamos igualmente de equivalentes cuidados para a despedida da vida.

3. Aspectos jurídicos relativos à terminalidade da vida

Os profissionais que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva lidam frequentemente com a questão da terminalidade da vida. Muitas vezes, porém, desconhecem as possíveis consequências jurídicas da indicação de procedimentos como “ordens de não-reanimação” (ONR), ou “retirada de suporte vital”. Por vezes, o que foi realizado, mas não registrado no prontuário médico, pode ser motivo de questionamento judicial. Por outro lado, o médico teme os riscos de se expor a possíveis processos civis ou criminais caso registre no prontuário suas decisões diante de um caso de enfermidade terminal. A legislação brasileira não faz distinções entre eutanásia passiva e ativa, tampouco faz referência literal às expressões “eutanásia”, “distanásia” ou “ortotanásia”. São, entretanto, todas estas figuras, consideradas crimes pelo Código Penal Brasileiro elaborado em 1940 e passíveis de persecução penal^{24, 25}.

Há que se contrapor dois aspectos, diametralmente opostos, constantes da legislação pátria quando tratam da questão da terminalidade da vida. De um lado, temos: a) a Constituição Federal de 1988²⁶. Lá encontramos os fundamentos jurídicos que amparam a proteção da vida humana. O caput do artigo 5º considera a inviolabilidade do direito à vida como direito e garantia fundamental. Fundamental, pois básico, necessário e alicerce de toda a construção jurídica que normatiza nossa sociedade; b) o Código Civil de 2002²⁷ que dispõe em seu artigo 13: “salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes”; por outro lado, lemos no c) Código Penal²⁸ a tipificação do crime de homicídio, previsto no artigo 121 e a figura do “auxílio ao suicídio” no artigo 122. Ainda, o artigo 135, estabelece a figura da “omissão de socorro”. São, portanto, essas as normas legais vigentes, que regulamentam essa questão no Brasil. Outrossim, há que se considerar dispositivos legais que, em tese, poderiam contemplar a possibilidade de descriminalização da eutanásia passiva e que aparece disposto no mesmo corpo normativo da Constituição Federal, em seu artigo 1º, inciso III, ao tratar a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República, e no artigo 5º, inciso III, ao considerar que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”²⁹.

Poder-se-ia, portanto, alegar que a submissão do paciente portador de doença terminal a um procedimento fútil, sabidamente improficuo no restabelecimento de sua saúde, seriam causas de extinção da punibilidade do profissional de saúde

²³ HARDING, J. Questões Espirituais no fim da vida: um convite à discussão. *O Mundo da Saúde*. 2000, ano 24, vol. 24 (4), 321–324.

²⁴ BRASIL. Código Penal. [Acesso em 29 de Out, 2011]. Disponível em: http://WWW.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm

²⁵ BARROSO, L. R & MARTEL, L. C. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. *Revista Panóptica*. 2010, ano 3, no. 19. [Acesso em 03 de Nov, 2011]. Disponível em HTTP://www.panoptica.org/panpticaedio19julho2010/19_3.pdf

²⁶ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

²⁷ BRASIL. Código Civil. [Acesso em 29 de Out, 2011]. Disponível em HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm

²⁸ BRASIL. Código Penal. Op. cit.

²⁹ MORAES, A. Direito Constitucional. 22ª. Edição. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

admitindo que o mesmo estaria agindo com o escopo humanitário de pôr fim ao sofrimento daquele enfermo que padece de sofrimento insuportável. No entanto, não é o que ocorre. A doutrina majoritária preleciona que a eutanásia passiva pode ser considerada homicídio doloso, na forma privilegiada^{30,31}, conforme o artigo 121, § 1º do Código Penal, que traz a seguinte redação: “Se o agente comete o crime impellido por motivo de relevante valor social ou moral, (...) o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço”. Não há, portanto, descriminalização, mas sim redução da pena. Se, porventura, a eutanásia for realizada a pedido do paciente, a conduta seria tipificada como crime por auxílio ao suicídio, segundo o estabelecido no artigo 122 do Código Penal, com previsão de pena de dois a seis anos³².

Alternativamente, a eutanásia passiva poderia, ser enquadrada no artigo 135 deste mesmo diploma legal, subsumindo à figura delitiva da “omissão de socorro”. Ao lado das referidas normas legais, temos a Resolução nº 1.805 do Conselho Federal de Medicina³³, que permite ao médico “limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”.

Esta Resolução tem caráter meramente administrativo e, portanto, infralegal, podendo, sim, orientar a conduta do médico, mas não elide a possibilidade de persecução penal. Cumpre assinalar que essa Resolução foi motivo de Ação Civil Pública³⁴ movida pelo Ministério Público Federal que resultou, inicialmente, na suspensão liminar de sua vigência, decisão esta proferida

pelo Juiz Federal Roberto Luis Luchi Demo em outubro de 2007. Em sua petição inicial, com mais de 130 páginas, o Procurador da República afirmava que “a ortotanásia não passa de um artifício homicida; expediente desprovido de razões lógicas e violador da Constituição Federal, mero desejo de dar ao homem, pelo próprio homem, a possibilidade de uma decisão que nunca lhe pertenceu”.

Posteriormente, em fevereiro de 2011, o mesmo magistrado reviu sua decisão e revogou a liminar por ele concedida previamente, argumentando que:

sobre muito refletir a propósito do tema, chego à convicção de que a Resolução que regula a possibilidade de o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente na fase terminal realmente não ofende o ordenamento jurídico³⁵.

Tal revogação permitiu reconhecer a legalidade da Resolução. Há uma lei do Estado de São Paulo (aplicável, portanto, apenas nesta Unidade da Federação), a Lei nº 10.241 de março de 1999, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado, que, em seu artigo 2º, inciso VII, reconhece o direito do usuário do serviço de saúde de recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, a realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos propostos pela equipe de saúde.

O novo Código de Ética Médica³⁶, também oferece fundamentação para posterior mudança no entendimento doutrinário do sistema jurídico brasileiro. No artigo 41, parágrafo único, estabelece que

³⁰ CAPEZ, F. *Curso de Direito Penal: parte geral*. vol.1. 11ª edição. São Paulo: Saraiva, 2007.

³¹ GRECO, R. *Curso de Direito Penal: parte geral*. vol. 1. 13ª edição. Editora Impetus, 2011.

³² DINIZ, M. H. *Estado Atual do Biodireito*. 6ª edição. São Paulo: Saraiva, 2009.

³³ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Op. cit.*

³⁴ ACP nº 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal.

³⁵ Sentença 96.000.02-B. Poder Judiciário do Distrito Federal. 14ª Vara Federal. Processo nº 2007.34.00.014809-3. Autor: Ministério Público Federal. Réu: Conselho Federal de Medicina.

³⁶ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Op. cit.*

nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Há um Anteprojeto do Código Penal de 1999, elaborado por uma comissão de juristas encarregada de reformular a parte especial do Código de 1940, onde está previsto a inclusão do § 4º do artigo 121 que reconheceria a exclusão de ilicitude da ortotanásia e que teria a seguinte redação:

Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

Em relação à legislação vigente em outros países que admitem a eutanásia, em situações específicas³⁷, cabe mencionar a Holanda e a Bélgica, onde a prática é legal, a Suécia que considera legal o auxílio médico ao suicídio, a Suíça, onde o médico tem autorização legal para prescrever droga letal ao paciente que deve, ele próprio, ingerir o medicamento. Alemanha e a Áustria admitem a eutanásia passiva, Uruguai prevê em seu Código Penal, desde 1934, a figura do “homicídio piedoso”, Espanha já possui legislação sobre “testamentos vitais” desde 2000 e a França, desde 2005, admite a limitação terapêutica, desde que documentado o consentimento expresso do paciente. Da mesma forma, as Cortes Supremas dos Estados Unidos, da Inglaterra e do Canadá, já reconhecem a legalidade de medidas de limite ou interrupção

de suporte de vida em pacientes portadores de enfermidades terminais³⁸.

4. Considerações finais

O espantoso crescimento da produção científica em todas as áreas do conhecimento, obrigou a Universidade moderna a multiplicar o número de disciplinas acadêmicas, o que culminou na progressiva atomização do conhecimento e no distanciamento entre as diferentes áreas do saber. Segundo Habermas, o caminho mais adequado para revitalizar o espírito cooperativo na sociedade somente poderá ser concretizado por meio de diálogo inclusivo num ambiente de pluralismo moral em que se respeite a autonomia de escolha de cada indivíduo membro da comunidade³⁹.

Para alcançar esse objetivo na relação médico-paciente, será necessário introduzir mudanças na formação acadêmica que estimulem uma prática clínica mais dialógica, reconhecendo como imprescindível a adoção do critério de oferecer informações aos pacientes sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos não simplesmente como uma atitude unidirecional e assimétrica, mas sim como instrumento de efetiva interação intersubjetiva. A comunidade atual de docentes dos cursos de medicina é composta por um conjunto de profissionais dotado de indiscutível saber científico muito bem preparada para formar especialistas com sólidos conhecimentos técnicos, entretanto, pouco afeita ao diálogo interdisciplinar, o que torna difícil a tarefa de construir uma grade curricular integrada que contemple simultaneamente informações técnicas e reflexões sobre valores morais abstratos como espiritualidade, qualidade de vida, morte e o processo de morrer.

³⁷ PESSINI, L. *Eutanásia: por que abreviar a vida?* São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2004.

³⁸ SPRUNG, C. L. *Judicial Intervention in medical decision-making: a failure of medical system?* Editorial. Crit Care Med. 1996, 24: 730-732.

³⁹ HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus, 1992.

Como resultado desse modelo pedagógico herdado do racionalismo científico, os estudantes de medicina estão sendo educados para interpretar a doença como fenômeno estritamente biológico, subestimando os aspectos psicossociais e espirituais dos pacientes.

Despreparados para avaliar os complexos conflitos morais presentes no processo de morte e do morrer, os médicos intensivistas, sentem-se inseguros para tomar decisões relativas a introdução ou retirada de suportes artificiais de vida nos casos de enfermidades terminais. Portanto, o enorme desafio à ser enfrentado pelos responsáveis em formar profissionais de saúde sintonizados com a realidade de uma sociedade que cultiva o pluralismo moral e a autonomia do ser humano é o de continuar ensinando medicina, dentro da perspectiva cartesiano-flexneriana ou o de formar um novo profissional que saiba compreender e integrar todos os determinantes biológicos, psicológicos, sociais e espirituais das doenças.

Por outro lado, não se pode esquecer que a tecnologia já seduz enorme contingente de pacientes que, com frequência cada vez maior, procura atendimento médico apenas para conseguir concretizar o sonho de submeter-se aos hodiernos procedimentos inventados pela tecnociência. Cresce a confiança depositada nas informações fornecidas pelos equipamentos na mesma proporção em que decresce o reconhecimento na competência do médico. ¿Será que assistiremos a arte médica ser transformada em marionete do fundamentalismo tecnocientífico e que os médicos abdicarão dos pressupostos humanistas da medicina cunhados por Hipócrates, na segunda metade do século V a.C.?⁴⁰

A história recente registrou o emblemático passamento de uma das personalidades mais mar-

cantes do século XX. Nos referimos a João Paulo II que, após longo sofrimento, preferiu viver os derradeiros momentos de sua vida recolhido em seus aposentos na cidade do Vaticano, de onde podia ouvir as preces da multidão reunida na Praça São Pedro. Escolheu, o Sumo Pontífice, viver seus últimos dias de vida recebendo o conforto das orações de seus fiéis e não a improvável segurança dos sofisticados aparelhos de suporte de vida que o aguardavam numa UTI de Roma.

O último dia de vida de João Paulo II foi singelamente descrito por Renato Buzzonetti, médico pessoal do pontífice da seguinte forma:

Na manhã de sábado, 02 de Abril, pelas 07:30 h. foi celebrado a missa na presença do Santo Padre que já começava a revelar indícios embora descontínuos, de comprometimento de seu estado de consciência. Pelas 15:30 h., com voz fraquíssima e em língua polaca, o Santo Padre pediu: Deixem-me partir para o Senhor! Os médicos se deram conta de que o fim era iminente e que qualquer novo procedimento terapêutico seria inútil. As 21:37 h., o Papa exalou seu último suspiro⁴¹.

O modelo de ensino médico ainda predominante no Brasil está estruturado respeitando os limites de disciplinas básicas e clínicas desconectadas umas das outras e a educação permanece refém de uma grade curricular que não acolhe saberes reflexivos e críticos.

A sociedade pede por profissionais que saibam considerar os valores próprios dos pacientes e não se intimidem diante de conflitos morais complexos como os que freqüentam as situações de morte e do processo do morrer. Precisamos resgatar o humanismo da arte médica que reside não na capacidade de colher informações oferecidas por equipamentos de alta tecnologia, mas

⁴⁰ SIQUEIRA, J. E. *Os grandes desafios da medicina contemporânea*. Jurisprudencia Argentina. Buenos Aires, fascículo 4, 2010.

⁴¹ BUZZONETTI, R. *O poder da fraqueza de João Paulo II*. São Paulo: Paulus, 2006.

sim na capacidade de ouvir e decifrar os enigmas e sofrimentos contidos nas histórias de vida de cada paciente, sobretudo ao considerar os momentos derradeiros da existência⁴².

Bibliografia

1. ACP nº 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal.
2. BARROSO, L. R & MARTEL, L. C. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. *Revista Panóptica*. 2010, ano 3, no. 19. [Acesso em 03 de Nov, 2011]. Disponível em [HTTP://www.panoptica.org/panpticaedio19julho2010/19_3.pdf](http://www.panoptica.org/panpticaedio19julho2010/19_3.pdf)
3. BOURG, D. O homem artifício: o sentido da técnica. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.
4. BRASIL. Código Civil. [Acesso em 29 de Out, 2011]. Disponível em [HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm)
5. BRASIL. Código Penal. [Acesso em 29 de Out, 2011]. Disponível em: http://WWW.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm
6. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
7. BREITBART, W. Thoughts on the goals of psychosocial palliative care. *Palliative and Supportive Care*. 2008, 6: 211–212.
8. BUZZONETTI, R. O poder da fraqueza de João Paulo II. São Paulo: Paulus, 2006.
9. CAPEZ, F. Curso de Direito Penal: parte geral. vol.1. 11ª edição. São Paulo: Saraiva, 2007.
10. CASSEL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. New York: Oxford University Press, 1991.
11. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM no.1931. Brasília, DF: 17 de Setembro de 2009.
12. DECLARAÇÃO SOBRE EUTANÁSIA. Congregação para a Doutrina da Fé. Cidade do Vaticano: 05 de Maio de 1980.
13. DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS. Paris: 33ª Sessão Conferência Geral da UNESCO, Out 2005.
14. DINIZ, M. H. Estado Atual do Biodireito. 6ª edição. São Paulo: Saraiva, 2009.
15. ENTRALGO, P. L. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza Editorial, 1983.
16. FORTE, D. N. Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida em UTI. Tese de doutorado. São Paulo: FAMUSP, 2011.
17. FRANKL, V. Em busca de sentido. 26a edição. Petrópolis: Vozes, 2008.
18. GRECO, R. Curso de Direito Penal: parte geral. vol. 1. 13ª edição. Editora Impetus, 2011.
19. HABERMAS, J. Teoria de la acción comunicativa. Madrid: Taurus, 1992.
20. HARDING, J. Questões Espirituais no fim da vida: um convite à discussão. *O Mundo da Saúde*. 2000, ano 24, vol. 24 (4), 321–324.
21. HEIDEGGER, M. Ser e Tempo. São Paulo: Vozes, 2008.
22. JOÃO PAULO II. Carta Apostólica Salvifici Doloris: O sentido cristão do sofrimento humano. Cidade do Vaticano, 1984.
23. LELOUP, J. Y., BOOF, L & WEIL, P. O espírito na saúde. 6ª edição. Petrópolis: Vozes, 2002.
24. LOWN, B. A arte perdida de curar. São Paulo: Editora JSN, 1996.
25. LYNN, J. Study to understand prognosis and preferences for outcomes and risk of treatment (SUPPORT). *Ann Intern Med*. 1997, 126: 97–106.
26. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no.1820. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, 80-81, 14 de Agosto de 2009.
27. MORAES, A. Direito Constitucional. 22ª. Edição. São Paulo: Editora Atlas, 2007.
28. NIETZSCHE, F. A Gaia Ciência. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
29. PESSINI, L & BERTACHINI, L. (Orgs.) Humanização e Cuidados Paliativos. 4ª edição. São Paulo: Editora do Centro São Camilo/Loyola, 2009.
30. PESSINI, L. BARCHIFONTAINE, C. P. Em busca de sentido e plenitude de vida: Bioética, saúde e espiritualidade. São Paulo: Paulinas/Editora do Centro Universitário São Camilo, 2008.
31. PESSINI, L. Eutanásia: por que abreviar a vida? São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2004.
32. Sentença 96.000.02-B. Poder Judiciário do Distrito Federal. 14ª Vara Federal. Processo nº 2007.34.00.014809-3. Autor: Ministério Público Federal. Réu: Conselho Federal de Medicina.
33. SIQUEIRA, J. E. A arte perdida de cuidar. 2002, *Bioética*, vol.10 (2), 89–106.
34. SIQUEIRA, J. E. Os grandes desafios da medicina contemporânea. *Jurisprudencia Argentina*. Buenos Aires, fascículo 4, 2010.
35. SIQUEIRA, J. E. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. *Bioética*. 2005, vol.13 (2), 37–50.
36. SIQUEIRA, J. E. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. *SBioética*. 2000, vol. 8 (1), 55–67.
37. PRUNG, C. L. Judicial Intervention in medical decision-making: a failure of medical system? *Editorial. Crit Care Med*. 1996, 24: 730–732.

⁴² SIQUEIRA, J. E. A arte perdida de cuidar. 2002, *Bioética*, vol.10 (2), 89–106.