

ASPECTOS ÉTICOS, LEGAIS E SUAS INTERFACES SOBRE O MORRER

Natália Lima Alves¹, Maria Lourdes Casagrande²

O presente artigo apresenta uma revisão bibliográfica sobre bioética no final da vida. É um tema polêmico que envolve princípios éticos, morais e legais. Descreve conceitos de eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia. Relata o que pode influenciar e o que não deve ser levado em consideração frente a um paciente com o diagnóstico de uma doença terminal em seus últimos momentos de vida. Menciona ainda a reação dos acompanhantes dos pacientes que estão no final da vida e como o médico deve se comportar em situações como esta, respeitando sempre a autonomia do paciente, porém, nunca ultrapassando os limites éticos, morais e legais. O conhecimento do tema é fundamental para a rotina médica diária, principalmente para aqueles que trabalham com pacientes em unidade de terapia intensiva ou para os que lidam diretamente com pacientes terminais.

Palavras-Chave: Eutanásia. Distanásia. Ortotanásia.

This paper presents a literature review on bioethics at the end of life. It is a controversial issue involving ethical, moral and legal principles. It describes concepts of euthanasia, dysthanasia, orthothanasia and mistanásia. It reports what may influence and what should not be considered in a patient diagnosed with a terminal illness in his last moments of life. This paper also mentions the reaction of caregivers of patients who are at the end of life and how the doctor should behave in situations like this, always respecting the patient's autonomy, however, never exceeding the ethical, moral and legal limits. The knowledge of the subject is essential for daily medical routine, especially for those working with patients in an intensive care unit or those who deal directly with terminally ill patients.

Keywords: Euthanasia. Dysthanasia. Orthothanasia.

¹ Médica graduada pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - ITPAC. Av. Filadélfia, 568 - Setor Oeste - CEP: 77.816-540; Araguaína - TO. Cel.: (63) 8123-5644 - Email: natalialimaalves@hotmail.com.

² Médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Professora da disciplina de Bioética do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - ITPAC. Av. Filadélfia, 568 - Setor Oeste - CEP: 77.816-540; Araguaína - TO. Email: marialourdescasagrande@hotmail.com.

1. INTRODUÇÃO

A ética médica é a aplicação de conceitos no exercício da prática médica, baseado em valores e princípios.

Os médicos foram educados para cuidar da vida, a morte é vista como um fracasso, uma derrota. Diante de um paciente em fase terminal, fora da expectativa de cura, a comunicação, que deve ser honesta e compassiva entre eles e os seus pacientes e familiares, parece inadequada, isso devido a um despreparo por parte de muitos médicos que lidam com essa situação.

Com o avanço da tecnologia e do conhecimento em determinadas técnicas na medicina, principalmente dentro da UTI (Unidade de Terapia Intensiva), algumas situações que algum tempo atrás não seria possível, visto aos recursos disponíveis, hoje se tornam comum.

O prolongamento constante da vida devido ao uso de novos métodos e tecnologias exige uma mudança de conduta, a melhoria e humanização na assistência que leva a omissão do suporte emocional ao paciente e seus familiares.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Apresentar a importância do cuidado com a vida humana em um de seus momentos mais dolorosos, “o morrer”.

2.1. Objetivos Específicos

- Esclarecer as interfaces bioéticas sobre o morrer através dos conceitos de eutanásia, distanásia e ortotanásia;
- Apresentar os aspectos legais previstos no Código de Ética Médica e Código Penal Brasileiro, perante condutas médicas inadequadas;
- Expor os aspectos morais e éticos no cuidado com a frágil vida humana em seu leito de morte.

3. JUSTIFICATIVAS

É de considerável importância abordar a conduta médica frente à morte, visto que os pacientes que estão internados – assim como seus acompanhantes e familiares – passam por

momentos de fragilidade, tanto física quanto emocional. A postura médica, além de correta em todo o âmbito ético, deve ser também acolhedora. Quanto mais se conhece o tema, menos negligência e imprudência serão cometidas, adotando ações que evitem danos.

O conhecimento sobre o assunto beneficia os pacientes, médicos e estudantes. Os pacientes no quesito de sua autonomia em relação à vida ser respeitada; os médicos e estudantes, para que possam estabelecer contato com o paciente de uma maneira menos dolorosa, pautada na ética e na legalidade.

Neste sentido, os conceitos de eutanásia, distanásia e ortotanásia, mas principalmente o direito à autonomia do doente terminal são fundamentais para o crescimento médico.

4. METODOLOGIA

O trabalho foi realizado com base em pesquisa bibliográfica sobre o papel do médico diante do paciente terminal e daqueles criticamente doentes, a partir de livros de ética/bioética médica e de artigos científicos. Os artigos científicos foram selecionados através das bases de dados: LILACS, SCIELO, BIREME e PUBMED. Os limites convencionais foram: língua portuguesa e língua inglesa, entre os anos de 1998 e 2014. As palavras-chave utilizadas foram: death, euthanasia, dysthanasia, orthotanasia e terminally ill. As referências estrangeiras foram excluídas, devido ao fato de não atenderem à realidade brasileira.

5. REVISÃO DE LITERATURA

No início do século as causas das mortes eram: 1) epidemias; 2) acidentes (natureza, animais); 3) problemas do coração. Hoje, as causas da morte são: 1) câncer; 2) doenças crônicas do coração; 3) doenças cerebrais crônicas. Em termos de realidade brasileira, deveríamos acrescentar a problemática social da fome. No começo do século, o que existia era a morte aguda, ou se morria ou se ficava curado. As pessoas não ficavam “morrendo durante muito tempo”. O espaço de tempo entre o adoecer e o morrer era de cinco dias. Hoje esse espaço de tempo entre o

momento da descoberta da doença até a morte aumentou de cinco dias para cinco anos, e mais do que se falar em morte fala-se do processo de morrer. (PESSINI, 2007).

As atitudes perante a morte foram passando de uma aceitação espontânea, sendo ela incorporada como um fato natural, esperado e superado, para atitudes nas quais é considerada tabu, interdita, vergonhosa e destruidora. Também os avanços científicos e tecnológicos de vários campos, aí se incluindo a medicina, contribuíram para estigmatizar a morte: não mais natural, mas sim uma inimiga a ser vencida a qualquer preço. (SILVA, 2006)

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. Enquanto a eutanásia se preocupa prioritariamente com a qualidade de vida humana na sua fase final – eliminando o sofrimento –, a distanásia se dedica a prolongar ao máximo a quantidade de vida humana, combatendo a morte como o grande e último inimigo. (MARTIN, 1998). A ortotanásia é o não prolongamento artificial do processo de morte, é considerada por muitos como morte desejável, pois, não ocorre aumento do tempo de vida através de métodos que poderiam trazer sofrimento.

Há outro conceito de eutanásia, a chamada “eutanásia social”, que deve ser substituída pelo termo mistanásia. A omissão de socorro estrutural, influenciados por fatores sociais, geográficos, políticos e econômicos definem a forma mais comum de mistanásia.

Existe também a mistanásia em pacientes vítimas de erro médico, que pode ser por imperícia, imprudência ou por negligência médica, sendo deflagrado pela fragilidade e fraqueza humana. Já a mistanásia em pacientes vítimas de má prática, ocorre quando há intenção proposital de prejudicar alguém, tendo origem na maldade e menosprezando a sua dignidade.

O termo paliativo deriva do latim *pallium*, que significa “manto”. Esta etimologia aponta para a essência dos cuidados paliativos: aliviar os efeitos das doenças incuráveis, ou prover um manto para aqueles que passam frio, porque estes

não podem mais ser ajudados pela medicina curativa. (PESSINI, 2007).

Questões como eutanásia, distanásia, doação de órgãos, prolongamento artificial da vida ou do morrer, entre outras, implicam repensar sérias questões bioéticas. (SILVA, 2006).

No homem a morte é mais ‘complexa’, pois morre não somente o corpo, biologicamente, cientificamente, mas também morre o ser que habita aquele corpo, há morte profissional, familiar, dentre outras.

O tratamento de um paciente em fase terminal deve ser avaliado levando em consideração alguns critérios como a eficácia da intervenção terapêutica, o benefício que irá trazer ao paciente e os custos físicos, emocionais, econômicos e sociais.

É importante mencionar que não se trata de estudar a técnica do cuidado do paciente terminal nem do preparo do seu corpo após a morte, mas como proceder e agir humanisticamente numa situação que nos torna frágeis e com isso tornar a morte e o morrer mais dignos e humanos. (SILVA, 2006)

Os médicos são unânimes em concordar que os cuidados paliativos aumentam a qualidade de vida do paciente, mas apenas metade deles afirmou adotar esse procedimento. (OLIVEIRA, 2011). Infelizmente, isso ocorre devido à falta de treinamento dos profissionais de saúde, principalmente por ser um tema pouco abordado na formação acadêmica, o que gera um sofrimento que poderia ser evitado.

O conhecimento, a experiências, a vivência em situações semelhantes com um amigo ou familiar, a idade, estado civil e religião de cada um que participa no processo de uma decisão como esta pode influenciar no resultado final.

Os familiares apresentam frequências elevadas de estresse, distúrbios de humor e ansiedade, portanto, deve-se proporcionar um cuidado humanizado também aos familiares. (OLIVEIRA, 2011)

Em um caso de suspensão de tratamentos em um paciente na UTI, deve-se levar em consideração a qualidade e quantidade de vida, até quando um é mais importante sem o outro? Deve-se avaliar se a quantidade sem a qualidade é suficiente para manter um tratamento a fim de

prolongar a vida sem benefícios, somente em relação ao tempo.

A decisão de suspensão de tratamentos não tem a intenção de matar o paciente, mas de não promover falsas esperanças e não criar expectativas irreais, o que pode trazer sofrimento tanto para o paciente quanto para a família.

Além dos questionamentos éticos da suspensão de tratamentos, também há questionamentos em quando não iniciar uma determinada terapêutica, devido à situação que se encontra o paciente. O peso das questões éticas é menor nesta situação que naquela, mas ambas as decisões devem visar ao bem estar do paciente, fornecer a ele uma melhor qualidade de vida.

Os tratamentos podem ser classificados em ordinários e extraordinários. Os ordinários consistem em tratamentos que oferecem algum benefício e esperança, sem elevados custos e sofrimento. Os extraordinários consistem em tratamentos que aumentam os custos, o sofrimento e não oferece uma boa segurança em relação à aquisição de algum benefício e sofrimento do paciente.

A terapêutica de conforto consiste em fornecer suporte ao paciente no fim de sua vida, aliviando suas dores e trazendo-o a maior qualidade de vida possível dentro daquela situação em que se encontra, evitando a utilização que tratamentos extraordinários que irão trazer somente sofrimento e uma falsa esperança ao paciente.

É importante notar que os cuidados paliativos não devem ser vistos como essencialmente diferentes de outras formas ou áreas de cuidados de saúde. Isso tornaria difícil, senão impossível, a sua integração no curso regular dos cuidados de saúde. (PESSINI, 2007).

As questões éticas envolvidas em cuidados paliativos baseiam-se no reconhecimento do fato de que o paciente incurável ou em fase terminal não é um resíduo biológico para quem nada mais pode ser feito, um ser necessitado de anestesia, cuja vida não deve ser prolongada desnecessariamente, mas uma pessoa, e como tal, capaz até o momento final de relacionamento, de tornar a vida uma experiência de crescimento e plenitude. (PESSINI, 2007).

Os pacientes com doenças avançadas ou em estado terminal têm essencialmente os mesmos direitos que os outros pacientes, como o direito de receber cuidados médicos, apoio pessoal, direito de ser informado, mas também o direito de recusar informação e/ou procedimentos diagnósticos e tratamentos. A recusa de tratamento deve ser mantida especialmente quando um tratamento médico não fará nada ante a morte prevista. A recusa de tratamento não deve influenciar na qualidade dos cuidados paliativos. Mais importante, os pacientes em cuidados paliativos têm o direito ao grau máximo de respeito pela sua dignidade, ao melhor analgésico de dor disponível e à redução do sofrimento. (PESSINI, 2007).

6. CONCLUSÃO

Dilemas éticos e legais envolvendo pacientes em estado crítico estão sempre presentes no meio médico. Embora haja apego dos familiares em relação ao ente querido, o processo de morte não deve ser prolongado e nem doloroso, assim como também não deve ser acelerado pelo médico. Como só os médicos podem constatar o diagnóstico de morte, estes também devem informá-la aos familiares. A família deve encontrar no médico, mensagem de alívio e conforto.

O médico tem o dever de sempre respeitar a autonomia do paciente, porém jamais deve praticar a eutanásia ou o suicídio assistido, sendo que estes são crime. Já a prática da distanásia ou da ortotanásia pode ser praticada de acordo com as vontades antecipadas do paciente terminal e não acarretam a conformação como ato ilícito, mas, continua sendo um assunto delicado e polêmico frente aos princípios morais e éticos de todas as pessoas envolvidas no processo.

7. REFERÊNCIAS

MARTIN, Leonard M; C. Ss. R. Eutanásia e Distanásia. In: CFM. **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. Parte III, p.171-192.

OLIVEIRA, Fernando Toledo *et al.* Bioética e humanização na fase da vida: visão de médicos. **Rev. Bioética**. Bauru, v. 19, n. 1, p. 247-258, 2011.

PESSINI, Leo. Eutanásia. Por que abreviar a vida? In: **Problemas atuais de bioética**. 8ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2007. P. 351-370.

SILVA, José Vitor da. A morte e o morrer: Algumas Reflexões. In: **Bioética: meio ambiente, saúde e pesquisa**. São Paulo: Iátria, 2006. Cap. 6, p. 11-121.