

Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos

Orthothanasia, palliative care and human rights

Carolina Alves de Souza Lima¹

Recebido de Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

O presente artigo analisa o direito à morte digna, o seu significado e alcance, assim como referido direito é concebido no Ordenamento Jurídico Nacional e Internacional.

Descritores: Direito a morrer; Cuidados paliativos; Atitude frente à morte; Direitos humanos

ABSTRACT

This article analyses the right to dignified death, its meaning and reach, as well as its conception in the Brazilian and International Human Rights Law.

Keywords: Right to die; Palliative care; Attitude to death; Human rights

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo central apresentar reflexões sobre a importância dos cuidados paliativos e sua relação com os Direitos Humanos. A partir dessa relação, surge uma indagação que permeia as duas áreas do conhecimento: quais devem ser os limites da interferência dos profissionais da saúde, em especial do médico, nas situações de pacientes com doenças terminais? Essa indagação leva a outros dois questionamentos: Há o direito à morte digna? E o que representa a morte digna? A análise trará a abordagem tanto da Bioética quanto dos Direitos Humanos no ordenamento jurídico brasileiro e no sistema internacional de proteção desses direitos, assim como aspectos da Ética Médica.

CUIDADOS PALIATIVOS, BIOÉTICA E ÉTICA MÉDICA

O ser humano é marcado pela finitude, pela vulnerabilidade e pela precariedade da sua existência. Por mais que se deseje ou não, a imortalidade não nos pertence. Os avanços da medicina e da tecnologia a ela aliados têm proporcionado, por um lado, a cura de inúmeras doenças, melhor qualidade como também maior quantidade de vida. Por outro lado, a medicina moderna é altamente tecnificada, e essa realidade vem gerando sua interferência excessiva e muitas vezes sem limites. Por isso, teme-se hoje o prolongamento da vida em agonia, o sofrimento que desumaniza, que adia a morte e que não respeita a dignidade humana no momento da morte.

Os cuidados paliativos compõem uma série de medidas aplicadas pelos profissionais da saúde aos pacientes terminais com o objetivo de assegurar-lhes a morte digna, ou seja, aquela amparada no respeito aos seus valores e crenças, além da atuação de uma medicina com foco humanista. A medicina paliativa traz o enfoque holístico do ser humano e por isso se preocupa com o seu bem-estar físico, psíquico, social e espiritual. Ela parte do ethos do cuidado e não do ethos da cura. Reconhece que a morte é um processo natural e inevitável, mas que demanda cuidados especiais, por meio dos cuidados paliativos, por parte de todos os profissionais da saúde, com o fim de proporcionar ao paciente terminal a morte ao seu tempo, sem acelerá-la nem adiá-la, mas apenas aceitá-la.

Segundo o *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, da Organização Mundial de Saúde, os cuidados paliativos são considerados Direitos Humanos e o acesso a eles é altamente eficaz no alívio da dor e do sofrimento de pessoas que vivem com uma doença limitante⁽¹⁾. Também de acordo com a Organização Mundial da Saúde, o cuidado paliativo representa: “o cuidado ativo total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. O controle da dor e de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual são o mais importante. O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias⁽²⁾”.

A medicina paliativa se desenvolveu a partir dos questionamentos apresentados pela Bioética. Esta, segundo a Enciclopédia of Bioethics, representa o “estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar⁽³⁾”. A Bioética é um ramo da filosofia ética que busca discutir as questões contemporâneas relacionadas aos avanços das ciências médicas e biológicas e da tecnologia a elas aliada e que interferem na saúde e na vida humana. Busca encontrar princípios éticos que estabeleçam, nessa nova realidade con-

1. Professora da Graduação e da Pós-Graduação em Direitos Humanos. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, SP, Brasil.

Data de submissão: 20/11/2014 – Data de aceite: 24/11/2014

Conflito de interesse: não há.

Endereço para correspondência:

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Departamento de Direitos Difusos e Coletivos

Rua Monte Alegre, 984, 2º andar, sala 201 – Perdizes

CEP: 05014-001 – São Paulo, SP, Brasil

Tel.: (11) 3670-8127 – Fax: (11) 3670-8548

E-mail: souzalimacarolina@terra.com.br

temporânea, parâmetros para o gozo de uma vida digna e com qualidade⁽⁴⁾.

Os princípios fundamentais da Bioética estão prescritos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, adotada por aclamação em 19 de outubro de 2005, pela 33ª Sessão da Conferência Geral da Unesco. O preâmbulo da declaração estabelece que as questões éticas, suscitadas pelos rápidos avanços na ciência, e suas aplicações tecnológicas, devem ser examinadas com o devido respeito à dignidade da pessoa humana e aos Direitos Humanos.

No âmbito nacional, o Conselho Nacional de Saúde editou a Resolução n. 196, em 10 de outubro de 1996, e acolheu os princípios da Bioética, ao aprovar as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem os seres humanos⁽⁴⁾.

A Bioética fundamenta-se no respeito à dignidade da pessoa humana e é regida pelos princípios da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça. O primeiro estabelece o dever ético de o profissional da saúde promover sempre o bem do paciente. Determina que suas ações tenham o objetivo de garantir as máximas vantagens e os mínimos riscos aos pacientes. O princípio da não maleficência, por sua vez, é um desdobramento do princípio da beneficência, por determinar o dever do profissional da saúde de não causar dano intencional ao paciente. Representa o dever ético do médico de abster-se de prejudicar o enfermo⁽³⁾.

O princípio da autonomia estabelece o respeito à liberdade de escolha do paciente para que ele possa consentir ou recusar, de forma autônoma, os procedimentos médico-hospitalares aos quais poderá ser submetido. Trata-se de um novo enfoque na relação médico-paciente. Por um lado, há o dever de o médico fornecer todas as informações do quadro diagnóstico do paciente, e, por outro, há o direito de o paciente ser informado para que possa consentir ou recusar os procedimentos propostos. Garante-se ao paciente o consentimento informado⁽⁵⁾.

O princípio da autonomia também legitima o paciente a recusar ter o conhecimento do seu diagnóstico e prognóstico. Tutela também os interesses dos incapazes ou daqueles que não podem se expressar autonomamente. Nessas circunstâncias deve prevalecer a vontade do representante legal⁽³⁾.

O princípio da justiça, por seu turno, preceitua a garantia da distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços da saúde. O princípio determina o respeito à igualdade entre os benefícios e os encargos prestados pelos serviços médico-hospitalares, assim como a garantia do respeito à condição específica de cada paciente e às suas necessidades^(3,6).

Cabe mencionar também o princípio da qualidade de vida, considerado um desdobramento do princípio da beneficência. Segundo ele, a qualidade de vida é fator essencial para se estabelecerem parâmetros para a intervenção médica. Se, por um lado, a vida é um valor por si só, por outro, sua qualidade é fundamental para o bem-estar da pessoa humana. E essa qualidade é aferida por meio da capacidade do ser humano de relacionar-se com a vida, de comunicar-se e de interagir com os outros e consigo mesmo.

Quando tais habilidades não existem ou ficam muito prejudicadas, como nas situações de pacientes terminais ou em es-

tado vegetativo permanente e irreversível, não se justifica mais prosseguir com intervenções médicas para manutenção da vida que, quando mantidas, preservam em quantidade, mas nem sempre em qualidade, a vida humana. Nessas situações, o nível da qualidade de vida deverá ser o parâmetro para as decisões éticas e médicas. Não avaliar a qualidade de vida do indivíduo é ser exclusivamente vitalista, o que ofende os direitos do paciente assim como sua dignidade⁽⁶⁾.

Em contrapartida ao princípio da qualidade de vida, há o da sacralidade da vida humana, que advém das religiões judaica e cristã. Fundamenta-se na inviolabilidade absoluta da vida humana. Segundo tal princípio, a vida é preciosa e deve sempre ser digna de respeito e proteção incondicional. Por isso, sua proteção não pode estar condicionada a interesses subjetivos ou utilitaristas. Os médicos devem utilizar todos os meios disponíveis na medicina para manter a vida humana, em quaisquer circunstâncias. O princípio, no nosso entender, revela postura extremamente vitalista, o que impede, em muitas situações, decisões médicas adequadas, ponderadas e equilibradas⁽⁶⁾.

No âmbito da ética médica, o novo Código de Ética Médica reforça o caráter antiético da distanásia, entendida como o prolongamento artificial do processo de morte, que gera sofrimento ao doente e no qual não há perspectiva nem de cura nem de melhora. O novo Código dá destaque aos cuidados paliativos. Segundo o inciso XXII do Capítulo I, que trata dos Princípios Fundamentais: *“nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”*.

Já o artigo 41 do Código de Ética Médica, ao cuidar da relação do médico com o paciente e os familiares, expõe que é vedado ao médico *“abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”*. Em seguida, o parágrafo único prescreve que: *“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”*⁽⁷⁾. Referido Código foi de encontro ao posicionamento da Associação Médica Mundial, que se posiciona favorável à ortotanásia e contrária à distanásia⁽⁴⁾.

Cabe observar também que a Resolução n. 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina já regulamentava eticamente a ortotanásia e vedava a distanásia. Segundo seu artigo 1º: *“É permitido 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”*. O artigo 2º, por seu turno, estabelece que: *“O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar”*.

A Resolução n. 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, por seu turno, cuida das diretivas antecipadas de vontade. As duas resoluções se complementam, o que significa que as diretivas antecipadas de vontade previstas na referida Resolução

objetivam regulamentar eticamente a ortotanásia, assim como garantir ao paciente o direito de não se submeter a determinados tipos de tratamento que possam violar sua autonomia e dignidade⁽⁸⁾.

Não obstante não existir legislação nacional sobre as diretrizes antecipadas de vontade, defendemos tratar-se de procedimento lícito e com base na licitude da ortotanásia e no direito de o paciente recusar determinados tipos de tratamento que desrespeitam sua liberdade de escolha e possam causar profundo sofrimento e dor⁽⁸⁾.

A ORTOTANÁSIA E A MORTE DIGNA

A ortotanásia representa a morte natural e, por isso, ao seu tempo. Na atualidade, importante discussão que permeia tanto os Direitos Humanos quanto a Bioética é a legalidade e a eticidade da ortotanásia. Nas palavras de Luciano de Freitas Santoro, ortotanásia representa: *“o comportamento do médico que, frente a uma morte iminente e inevitável, suspende a realização de atos para prolongar a vida do paciente, que o levariam a um tratamento inútil e a um sofrimento desnecessário, e passa a emprestar-lhe os cuidados paliativos adequados para que venha a falecer com dignidade”*⁽⁹⁾. Para o autor, faz-se também necessário o consentimento do paciente ou, quando impossibilitado, de seus familiares⁽¹⁰⁾.

A ortotanásia revela aquelas situações nas quais a morte se apresenta como iminente e inevitável. Não há cura, porque para a morte não há cura. Diante dessa realidade, indaga-se: qual deve ser a postura do médico? Para a medicina paliativa, a postura dos profissionais da saúde deve ser a do cuidado. Eles têm o dever ético de amparar o paciente. O ethos é cuidar, proteger, aliviar a dor e o sofrimento, em um momento geralmente marcado por muito desconforto, angústia, incertezas e até mesmo agonia. No entanto, o cuidar pressupõe aceitar a morte como um processo natural e inevitável, não obstante o sofrimento presente.

Quando a morte é compreendida como um processo natural e final da vida, a ortotanásia representa o respeito à morte digna, o que possibilita a humanização do processo de morte. Se todo o processo da vida deve ser pautado no respeito à dignidade da pessoa humana, não há dúvida que o processo de morte também deve ser guiado pelo seu respeito. E a finalidade da intervenção médica na ortotanásia é possibilitar ao paciente a boa morte, ao seu tempo, com respeito aos seus valores e o máximo de cuidado médico e familiar⁽¹¹⁾.

Segundo Diniz boa morte seria: *“aquela resultante de uma combinação de princípios morais, religiosos e terapêuticos. Não basta uma boa Medicina para garantir a boa morte, é preciso um cuidado respeitoso com as crenças e valores que definem o sentido da vida e da existência para que se garanta a experiência de uma boa morte para a pessoa doente”*⁽¹²⁾.

Se, por um lado, a ortotanásia possibilita a morte digna, pautada em valores humanistas, por outro, a distanásia leva ao tratamento desumano, degradante, fútil e desrespeitoso. No entanto, nem sempre é tarefa simples estabelecer na prática os limites entre a ortotanásia e a distanásia, também conhecida como obstinação terapêutica. Como observa Diniz: *“Não se define obstinação terapêutica em termos absolutos. Um conjunto de medidas*

terapêuticas pode ser considerado necessário e desejável para uma determinada pessoa e excessivo e agressivo para outra. Esta fronteira entre o necessário e o excesso nem sempre é consensual, pois o que há por trás desta ambiguidade são também diferentes concepções sobre o sentido da existência humana”⁽¹²⁾.

Não obstante não haver uma definição absoluta para a distanásia, ela caracteriza-se pela adoção de medidas terapêuticas excessivas, desnecessárias, que não direcionam para a cura, mas para o intenso sofrimento do paciente. Configura tratamento desumano e degradante, por permitir o prolongamento da vida exclusivamente em termos quantitativos. Trata-se de procedimento que ofende os direitos do paciente e sua dignidade, porquanto o inciso III do artigo 5º da Constituição de 1988 veda qualquer forma de tratamento desumano, cruel e degradante.

A tutela da vida digna pressupõe sua garantia em todos os momentos da existência humana, inclusive no processo de morte. E a morte digna será aquela pautada não só pelo máximo de cuidados, mediante os cuidados paliativos, mas também aquela na qual há o respeito às crenças e aos valores de cada indivíduo.

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, conclui-se que o acesso aos cuidados paliativos representa a forma mais abrangente, eficaz e garantidora do respeito à morte digna tanto no âmbito dos Direitos Humanos, da Bioética como da Ética Médica. Não obstante os avanços no campo da Ética Médica, ainda há muito a avançar no âmbito legal, no sentido da regulamentação expressa da ortotanásia e das diretrizes antecipadas de vontade. Somente dessa forma, os médicos e os profissionais da saúde poderão exercer seu ofício com segurança jurídica, o que é imprescindível para o alcance de uma medicina mais humanista e consequentemente fundada no respeito à dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. What is the way forward? In: World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. Geneva; WHO; 2014 [cited 2014 Mar 12]. Available from: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
2. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2007. 209p.
3. Diniz MH. Capítulo 1: Bioética e Biodireito. Bioética: sua delimitação conceitual e seus problemas. In: Diniz MH. O estado atual do biodireito. 5ª ed. São Paulo: Saraiva; 2014. p. 25-45.
4. Lopes AC, Lima CA, Santoro LF. Capítulo 3: Aspectos éticos: eutanásia, ortotanásia e distanásia à luz dos fundamentos e dos princípios da bioética. In: Lopes AC, Lima CA, Santoro LF. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos. 2ª ed. atual. Ampl. São Paulo: Editora Atheneu; 2014. p. 106-121.
5. Beca JP. Bioética: princípios, matizes culturais anglo-americanos, europeus e latino-americanos. In: Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética [Internet]. 8ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2007.[citado 2014 Mar 13]. p.57-8. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=pTCxwqx-2S0C&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

6. Carvalho GM. Implicações éticas fundamentais. In: Carvalho GM. aspectos jurídico-penais da eutanásia. São Paulo. IBCCRIM, 2001, p.61-93.
7. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Confiança para o médico, segurança para o paciente. Resolução CFM n. 1931/2009. Aprova o código de ética [Internet]. Brasília: CFM; 2001. [citado 2014 Mar 12]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>
8. Lopes AC, Lima CA, Santoro LF. Capítulo 2: A Constituição Federal de 1988 e o direito à morte digna: análise da eutanásia, da ortotanásia e da distanásia. Resoluções n. 1.805/2006 e n. 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina. In: Lopes AC, Lima CA, Santoro LF. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos. 2ª ed. atual. ampl. São Paulo: Editora Atheneu; 2014. p. 54-104.
9. Santoro LF. Capítulo 4: A necessidade de uma correta definição. Ortotanásia. In: Santoro LF. Morte digna: o direito do paciente terminal. Curitiba, Juruá, 2010, p. 107-140.
10. Santoro LF. Capítulo 5: A Licitude da Ortotanásia no Brasil. Dever de agir do médico. In: Santoro LF. Morte Digna: O Direito do Paciente Terminal. Curitiba, Juruá, 2010, p. 141-162.
11. Lopes AC, Lima CA, Santoro LF. Capítulo I: A Constituição Federal de 1988, a proteção dos direitos humanos e a dignidade da pessoa humana. O direito à vida na constituição federal de 1988. In: Lopes AC, Lima CA, Santoro LF. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos. 2ª ed. atual. ampl. São Paulo: Editora Atheneu; 2014. p. 20-52.
12. Diniz D. Quando a morte é um ato de cuidado. In: Sarmento D, Piovesan F, coordenadores. Nos limites da vida: aborto, clonagem e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2007. p. 295-307.