

Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia

José Roque Junges
Cleber Cremonese
Edilson Almeida de Oliveira
Leonardo Lemos de Souza
Vanessa Backes

Resumo O artigo apresenta as bases éticas e legais da ortotanásia. A busca de conhecimentos esteve baseada em dados disponíveis *online* e na literatura impressa, tendo como critério de inclusão a relevância dos artigos para a discussão da ortotanásia. Discute-se a ortotanásia tanto no campo da medicina quanto no da bioética. São debatidas as leis, a ética e o critério da dignidade quanto à prática da ortotanásia. Reflete-se sobre a morte, os dilemas éticos e as ações dos profissionais em contextos de doentes terminais. O prolongamento da vida do paciente instaura situações muito complexas, mas o limite para investir deve ser definido pela concepção de morte digna, aliada à plena consciência da limitação das intervenções. A solução mais correta para cada situação está diretamente ligada à dignidade da pessoa que sofre o inevitável processo da morte, respeitando suas decisões.

Palavras-chave: Morte. Cuidados paliativos. Bioética. Ortotanásia. Direito a morrer. Futilidade médica. Eutanásia passiva.



José Roque Junges
Professor do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo/RS, Brasil

Na Grécia antiga, acreditava-se que os médicos tinham o poder da cura delegado pelos deuses. Daí tornarem-se semideuses numa sociedade em que as relações sociais eram rigidamente definidas entre os cidadãos e os não cidadãos (escravos e estrangeiros). O que os médicos determinavam deveria ser cumprido sem questionamentos.

Séculos depois, Descartes fundamentou o método científico em sólidas bases racionais, deixando de lado os deuses e passando a divinizar a própria ciência médica. A tecnologia passa a ser capaz de realizar qualquer coisa: prolongar a vida, aumentar o bem-estar da população e, porque não, evitar a morte ¹. O fim da vida passa a ser um acidente não admissível e todos os meios devem ser utilizados para, ao menos, retardá-lo.



Cleber Cremonese

Mestrando do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Unisinos, São Leopoldo/RS, Brasil



Edilson Almeida de Oliveira

Mestrando do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Unisinos, São Leopoldo/RS, Brasil



Leonardo Lemos de Souza

Mestrando do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Unisinos, São Leopoldo/RS, Brasil



Vanessa Backes

Mestranda do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Unisinos, São Leopoldo/RS, Brasil

Dessa dificuldade em aceitar a morte surgiu a discussão sobre o impasse entre os métodos artificiais para prolongar a vida e a atitude de deixar a doença seguir sua história natural. A eutanásia, a distanásia e a ortotanásia são os focos dessa discussão em todo o mundo. A eutanásia é ilegal no Brasil, mas aceita em alguns países, nos quais não é considerada agressão ao Direito e à moral. A distanásia é o investimento desmedido que trata de prolongar a vida a qualquer custo. A ortotanásia, por fim, identifica-se com a atitude médica de acompanhar o moribundo a uma morte sem sofrimento, sem o uso de métodos desproporcionais de prolongamento da vida, como respiração artificial e outras medidas invasivas.

A publicação da Resolução 1.805/06, do Conselho Federal de Medicina (CFM) ², sobre a ortotanásia foi passo importante que introduziu o assunto na pauta dos profissionais de saúde, sendo motivo de discussões acerca de seus aspectos éticos e legais. O fato de o Ministério Público Federal (MPF) a ter suspenso torna ainda mais importante e necessário discutir este importante tema da prática diária dos profissionais de saúde.

Recentemente, entrou em vigor o Novo Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM 1.931/09, publicada no DOU de 24.9.2009, retificado em 13.10.2009. Este novo Código, discutido publicamente por dois anos, incorporou sugestões não apenas da classe médica, mas de toda a sociedade civil e contempla as discussões sobre os cuidados com pacientes terminais e o prolongamento da vida inútil ou obstinado em situações clínicas paliativas. Tal fato, embora importante para a incorporação da ideia da terminalidade, ainda carece de entendimento uníssono na sociedade, razão pela qual este código entra no cenário das discussões atuais.

Não obstante o tema ser repleto de inquietudes, a base legal e ética está em constante análise pela comunidade científica

mundial. Os anseios e as concepções pessoais do paciente e também da família, que vive em conjunto este momento final da vida, devem ser discutidos amplamente, pois só assim os atos praticados serão mais próximos do justo e digno para o doente em final de vida.

O objetivo deste estudo é apresentar bases éticas, científicas e legais frente à ortotanásia e os dilemas do final da vida, em especial na visão bioética da dignidade e dos direitos humanos.

Método

Foi realizada uma pesquisa nas principais bases de dados disponíveis *online* e também na literatura impressa. O critério de inclusão dos artigos foi a relevância para a discussão da ortotanásia, tendo presentes os seguintes tópicos: caracterização diferenciada do conceito, reflexões éticas e bases jurídicas do seu uso, a prática clínica do final da vida.

Ortotanásia: conceituação e reflexões éticas

As diferenças entre as práticas da distanásia, da eutanásia e da ortotanásia são, muitas vezes, ignoradas, dificultando a formação de uma opinião abalizada, tornando o profissional incapaz de reagir e decidir ante determinada situação.

Etimologicamente, ortotanásia significa morte correta – *orto*: certo; *thanatos*: morte. Significa o não prolongamento artificial do processo de morte, além do que seria o pro-

cesso natural. Essa prática é tida como manifestação da morte boa ou morte desejável, não ocorrendo prolongamento da vida por meios que implicariam em aumento de sofrimento³.

A distanásia está em contraposição à ortotanásia, pois tem por objetivo prolongar a vida a qualquer custo, mesmo com sofrimento do paciente. Trata-se de prática muito discutível, pois delonga a agonia dos pacientes sem que esses tenham expectativa de cura ou melhora na qualidade de vida.

A eutanásia, processo de morte de um enfermo por intervenção com o objetivo último de levar à morte, aliviando um sofrimento insuportável, é a prática mais conhecida. Sua forma de punição depende do país em que ocorre. Na Holanda, não é considerada crime. Grécia, Polônia, Áustria e Noruega possuem punições leves. Na Alemanha, Itália e Suíça sua prática não é considerada assassinato e, por lei, deve ser julgada como um caso especial. Para a França e Turquia a prática é considerada assassinato^{4,5}.

A reflexão sobre a legalidade ou não das três práticas é alvo de intensa discussão em diversos países. Essas reflexões e debates trazem questões candentes, como o direito a ter uma morte digna, quando esta é inevitável, embora não se possa confundir-la com o que se denomina de direito à morte³. A oposição encontra-se entre o poder de tirar a vida, quando existe possibilidade de viver, ou de prolongar a agonia, com sofrimento e dor, quando já não existe essa possibilidade.

Qual o poder de escolha do paciente ou de seus familiares quando este se encontra numa situação terminal, onde não há esperanças de cura ou recuperação? Será que sua autonomia para escolher, ou a das pessoas mais próximas, deve ser levada em consideração ou totalmente ignorada pelos profissionais que o tratam?

Como a vida, a morte digna, sem dor e angústia, é um direito humano. A autonomia e a dignidade no fim da vida podem oferecer soluções e caminhos para que este direito venha a ser respeitado ⁶.

Existe a necessidade de respeito à liberdade de escolha daquele que padece, levando em conta sua competência de decidir, autonomamente, aquilo que considera importante para sua vida, incluindo nesta vivência o processo de morrer, de acordo com seus valores e interesses legítimos ⁷.

A complexidade da discussão transcende o puro ato de compreender os conceitos, envolvendo uma reflexão sobre as ações e as consequências dessas práticas. A luta pela vida ou a morte induzida, o sofrimento ou o alívio da dor são situações que propiciam muitas discussões, exigindo decisões difíceis e que podem ser interpretadas de diferentes formas. Por isso, precisam de espaços para que possam ser julgadas e refletidas, na busca de um bem individualizado e ético.

Bases legais e comentários históricos

Em 1984, a proposta de reforma do Código Penal brasileiro previa a inclusão expressa da

ortotanásia como não punível, no art. 121, § 4º, mas essa modificação não foi aprovada. O anteprojeto dizia que a ortotanásia é causa de exclusão da ilicitude do homicídio: *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 doente ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge ou irmão* ¹.

Observe-se que o texto se referia à ortotanásia e não à eutanásia. O parágrafo 3º previa a situação em que o processo de morte já se iniciou, estando a vida mantida artificialmente, sem chance de cura ou melhora. Nesta situação há apenas o prolongamento do processo de morte natural, por via artificial. Não é a previsão da eutanásia, em que tal processo ainda não se iniciou, embora o paciente sofra de doença incurável. Na eutanásia produz-se a causa imediata da morte, o que é crime, encaixando-se a conduta na previsão do homicídio privilegiado do texto do Código Penal atual.

Em 28 de novembro de 2006 o CFM publicou a Resolução 1.805/06, baseada no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que tem o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, gerando a concepção que permitiu ao CFM resolver: *na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral,*

respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal ².

No ano seguinte, atendendo ao pedido liminar do Ministério Público Federal no Distrito Federal (MPF/DF), os efeitos da Resolução CFM 1.805/06 foram suspensos. O juiz aduziu que, em análise superficial sobre a demanda, apesar de o Conselho Federal de Medicina ter apresentado justificativa nos autos de que a ortotanásia não antecipa o momento da morte, mas permite tão somente a morte em seu tempo natural, esta situação não afasta a circunstância de que tal conduta parece caracterizar crime de homicídio. E reiterou que, conforme o Código Penal, o art. 121 sempre abrangeu e parece abranger tanto a eutanásia quanto a ortotanásia.

Abstraindo as boas intenções e justos objetivos da resolução, ela tem sérias implicações práticas e bioéticas. Por exemplo, o risco de pacientes internados em hospitais públicos serem constringidos a aceitar o procedimento para ceder as escassas vagas a outras pessoas com chance de cura, ou o risco da falibilidade típica de quaisquer diagnósticos, sempre existindo a chance, mesmo remota, de que nova técnica possa vir a curar o paciente.

Em 12.4.2010, em reunião plenária do Conselho Federal de Medicina, ficou consolidada a aplicação do novo Código de Ética Médica (CEM) a partir de 13.4.2010, o qual foi aprovado pela Resolução CFM 1.931/09, publicada no DOU de 24.9.2009, com retificação no DOU de 13.10.2009. O novo CEM é composto por um preâmbulo

com 6 incisos, 25 incisos de princípios fundamentais, 10 incisos sobre direitos, 118 artigos de normas deontológicas (sobre deveres) e 4 incisos de disposições gerais. Ou seja, foi mantido o esquema de princípios, direitos e deveres. No âmbito da discussão presente neste artigo, o CEM agora passa a contar com o art. 41, o qual explicita: *É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal*, seguido pelo parágrafo único, que contém: *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*. O código ainda apresenta, nos seus princípios fundamentais, os parâmetros da atuação médica na terminalidade, como no Capítulo I, inciso XXII, no qual cita: *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*.

Assim, a discussão da terminalidade, muito presente na prática médica, independente de concepções filosóficas, foi contemplada em documento não somente disciplinador para o médico, nem tampouco determinado apenas pela profissão médica em si. O CEM é subordinado à Constituição e às leis e, uma vez discutido com a comunidade, aprovado e amplamente divulgado pela mídia, contribuiu para a consolidação dos direitos dos pacientes

à atenção, na quantidade e qualidade necessárias para o momento que estão vivendo, inclusive o final de suas vidas.

Distinção entre morrer dignamente e direito à morte

No contexto da atual discussão é muito importante ter presente a distinção entre o direito a uma morte digna e o direito à decisão sobre a morte. O direito de morrer dignamente está relacionado com o desejo de se ter uma morte natural, humanizada, sem o prolongamento da vida e do sofrimento por meio de tratamento inútil. Já o direito de morrer é sinônimo de eutanásia ou de auxílio a suicídio, intervenções que causam a morte.

Para considerar e conceituar o que é morte digna, é necessário, *a priori*, conceituar o que é vida digna. Essa deve ser analisada sob o prisma da saúde, entendida como qualidade de vida ou bem-estar biopsicossocial do ser humano, inserido em seu contexto histórico, socio-cultural e ambiental, possibilitando o pleno desenvolvimento da pessoa. Qualquer atitude que venha a ferir essa qualidade de vida desrespeita a dignidade do ser humano, fundamento do Estado brasileiro. Nesse contexto, a morte digna diz respeito à dignidade da pessoa humana, base dos princípios da bioética e da ética médica e pressupostos de grande valor que devem ser respeitados na prática clínica. A morte digna enfatiza o respeito à dignidade do enfermo, não o mantendo artificialmente conectado a aparelhos, entubado com respiração assistida e com a manutenção artificial de dados vitais, sem qualquer possibilidade de

cura e num processo iniciado de morte. Trata-se da não agressão à dignidade do ser humano, o seu direito à autonomia (quando possível) na tomada de decisão sobre a suspensão do uso de meios desproporcionais. A morte digna do paciente poderá ocorrer em ambiente hospitalar ou residencial, sempre na presença dos entes queridos, familiares e pessoas do convívio, amparado pela equipe médica qualificada em cuidados paliativos, como afirmou Luís Gonzaga do Amaral, conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais (CRM-MG) à reportagem do jornal daquela instituição.

A Constituição Federal de 1988 garante no art. 5º a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade e à segurança, mas não estabelece o dever de vida e de liberdade. O direito (não o dever) à vida não prevê que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamentos fúteis, quando já não existem possibilidades de recuperação. O direito do paciente de não se submeter ao tratamento ou de interrompê-lo é consequência da garantia constitucional de sua liberdade, autonomia jurídica, inviolabilidade de sua vida privada e intimidade e, principalmente, da dignidade da pessoa, erigida como fundamento no art. 1º da Constituição Federal. O inciso XXXV do art. 5º garante, inclusive, o direito de o paciente recorrer ao Judiciário para impedir qualquer intervenção ilícita em seu corpo e contra a sua vontade. A inviolabilidade à segurança envolve a inviolabilidade à integridade física e mental.

Segundo Maria Celeste Cordeiro dos Santos, o auxílio à morte é *lícito sempre que ocorra sem*

encurtamento da vida ^{8,9}. A autora chama a ortotanásia de *auxílio médico à morte*, entendendo que *o médico (e só ele) não é obrigado a intervir no prolongamento da vida do paciente além do seu período natural, salvo se expressamente requerido pelo doente* ¹⁰.

Atualmente, estando em vigor a liminar do Ministério Público Federal que suspendeu a Resolução CFM 1.805/06, fica de pé o respaldo ao procedimento em relação a um paciente terminal, corroborado pelo novo Código de Ética Médica.

Profissionais de saúde e ortotanásia

A bioética trata de questões relativas ao início e fim da vida. Esses momentos eram considerados fenômenos naturais até meados do século passado. Hoje, ao contrário, estão sempre mais artificializados, tornando muito complexas decisões sobre intervenções como, por exemplo, a definição da morte para doação de órgãos ¹¹.

Contudo, a medicina vive momento de busca de equilíbrio nas relações médico-paciente, ante a rápida incorporação dos avanços tecnológicos: unidades de terapia intensiva (UTI) e novas metodologias que permitem avaliar e controlar as variáveis vitais, oferecendo aos profissionais a possibilidade de delongar o momento da morte. O arsenal tecnológico atualmente disponível é tal que não é descabido dizer que se torna quase impossível morrer sem a anuência do médico. Houve significativo crescimento do poder de intervenção do médico, sem a neces-

sária reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida do enfermo, onde a função clássica do médico – *curar, às vezes; aliviar, muito frequentemente e confortar, sempre* – é posta de lado, pois se relega o cuidado da pessoa doente e se enfatiza o tratamento da doença. Assim, a obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo conduz à obstinação terapêutica e a situações distanásicas ¹².

O aumento da expectativa de vida e de sobrevivência dos indivíduos acometidos por doenças, graças ao desenvolvimento dos recursos da medicina e da tecnologia, traz ao cenário várias questões bioéticas, introduzindo pontuações de humanização nas relações interpessoais e de cuidado e suscitando a discussão sobre a legitimidade do custo humano e econômico de um prolongamento desproporcional da vida. Nesse contexto, os profissionais de saúde necessitam maior compreensão sobre os cuidados com a vida e as dimensões da morte, do morrer, da dor e do sofrimento ¹³. O avanço dos recursos terapêuticos e diagnósticos modificou o perfil dos óbitos, antes devidos a doenças infectocontagiosas, consideradas letais, para doenças não transmissíveis, passíveis de tratamentos e intervenções que prolongam, significativamente, a vida dos pacientes.

A questão da humanização da dor e do sofrimento humano na área da saúde traz, para além dos aspectos fisiológicos, reflexões sobre a perda da integridade da pessoa humana e da consequente perda de qualidade de vida. Por isso, é necessário atentar para a tendência da clínica em concentrar os tratamentos apenas nos sintomas físicos, como se esses fossem os

únicos motivos de aflição do paciente ¹⁴. Assim se reduz o tratamento às possibilidades de intervenções do arsenal tecnológico, sem o devido investimento simultâneo na dignidade humana, aqui representada pelo ato de cuidar.

Frente aos desafios bioéticos do prolongamento da vida e do avanço no suporte tecnológico e terapêutico, o cuidado humanizado e a garantia da dignidade humana no final da vida tornaram-se questões de primeira grandeza para a medicina e a sociedade atual ¹⁵.

Entretanto, o aumento progressivo e acelerado das especialidades médicas comporta problemas de ordem epistemológico-didáticas e, sobretudo, éticas. Isso acontece devido à volatilização da concepção holística e histórica do paciente e, mais precisamente, por causa da fragmentação diagnóstica e da despersonalização da doença. Configurando um *reduccionismo científico* ¹⁶, essa fragmentação do saber médico ocasionado pelo surgimento de inúmeras especialidades aumenta as possibilidades de obtenção de *dados* sobre a patologia, diagnósticos e tratamentos, mas dificulta a competência dos profissionais para visualizar o portador de uma doença como um sujeito e para captar a complexidade humana da relação médico-paciente.

É imprescindível ao profissional de saúde superar as dificuldades inerentes à relação médico-paciente baseada na *tentação tecnológica*, visualizando o paciente como um todo e, assim, estabelecendo um compromisso com a vida plena enquanto bem maior digno de respeito. É necessário, também, evitar a adoção de uma postura mecanicista, dissociada dos aspectos

humanos mais intrínsecos, e ampliar o foco de atenção, enquanto cuidador, sem perder de vista a compreensão da pessoa que adoece em sua singularidade e dignidade ¹³. Trata-se da *necessidade imperiosa de cuidado solidário, que une competência técnico-científica e humanidade, principalmente em situações extremas na fronteira entre a vida e a morte* ¹⁷. Para tal, é indispensável a formação, na academia, de profissionais imbuídos de valores éticos e respeito pela dignidade humana, habilitados e capacitados para o atendimento e cuidado dos sujeitos em situações críticas de vida e de morte.

Na atualidade, as ações de saúde são marcadas pelo *paradigma da cura*, cujo foco está nas intervenções na doença e não no indivíduo, sustentando uma idolatria da vida física e buscando postergar a morte, tida como falha da medicina moderna ¹⁷. Aqui, os conflitos vividos pelos profissionais de saúde frente às questões bioéticas e seus valores próprios estabelecem uma correlação de forças que tenciona este terreno. Na temática em questão, o processo de morte do sujeito configura-se como espécie de morte ao seu *tempo correto* (ortotanásia), sem tratamentos *desproporcionais* (distanásia) e sem a ocorrência interventiva da abreviação do processo de morrer (eutanásia).

Entre os princípios básicos dos cuidados paliativos está a concepção de que a morte é um processo natural e humano e a consequente prática adequada do cuidado no contexto da ortotanásia, que implica em não provocar eutanásia nem induzir a distanásia dos pacientes, nos seus últimos dias de vida ¹⁸. Assim, a ortotanásia defende o *morrer com dignidade*.

Entretanto, exacerbando ainda mais a questão sobre a vida e a morte, cabe trazer a reflexão de Shakespeare, quando descreve o fato mais inexorável de nossa existência, ou seja, a morte. *Nada mais. Isto é o fim que deveríamos solicitar com ânsia. Morrer é dormir, dormir... talvez sonhar...*¹⁹

Portanto, faz-se necessária maior reflexão sobre o início e final da vida, processo a que todos estão submetidos e que deve transcorrer da maneira mais humanizada possível, regido pelos mais profundos princípios éticos.

Considerações éticas sobre o início e final da vida

Pode-se pensar o início e o final da vida de forma simplificada e materialista, inclusive positivista, com limite *estrito* em linguagem médica. Um ginecologista diria que a vida inicia-se no momento em que ocorre a nidação dos produtos da concepção na parede do endométrio; assim, também poderia alegar que o seu final é o momento em que cessam as atividades cerebrais.

No entanto, essa definição sobre o início da vida é demasiado técnica, expressando apenas a necessidade de encontrar um instante concreto e tangível. De fato, poderia ser concebido em momentos anteriores ao processo do nascer, dependendo do ponto de vista defendido e das concepções pessoais em jogo. Apesar de o ginecologista pensar que a vida comece num momento específico, ela é fruto de processo complexo e contínuo.

Apesar das complicações inerentes à definição do instante preciso do início da vida, o final é

tido, em geral, como algo concreto, definido e não passível de dúvidas. Contudo, parece simplismo querer definir a morte apenas em termos técnicos. Não há dúvida de que é também um processo complexo, com profundas transformações biológicas, psicológicas e emocionais prévias ao evento em si. Salvo indivíduos com uma morte inesperada, aqueles que apresentam doenças com quadros progressivos, diagnósticos limitados e história natural conhecida, essas mudanças gerais são bastante palpáveis.

A morte, entendida nesta complexidade, deixa de ser apenas passagem e passa a ser momento de profundas transformações, ricas de emoções e necessidades para os que dela estão próximos. O universo de sentimentos, a complexidade dos limites entre o viver e o morrer tornam-se objeto de frustrações e de pensamentos no imaginário dessas pessoas, sendo, portanto, de extrema importância para os profissionais de saúde saber lidar com tais situações. Com base nessa realidade, alguém próximo da morte pode achar que a sua vida *não precisa mais ser vivida*, pois está longe do que pensava ser *o seu viver*; da mesma forma, alguém privado de sua capacidade física, vivendo com a ajuda de aparelhos, pode pensar que a vida *acabou*. Nesses casos, o limite entre *sentir-se vivo* e *estar vivo* é complexo por natureza. Segundo Canguilhem²⁰, *ser doente é viver uma vida diferente* – mas, quando o sujeito decide que não quer mais viver, devido a uma diferença intolerável com o que concebe como vida, como deve o profissional de saúde reagir? Certamente a resposta não é fácil, mas sim pessoal, e deve ser devidamente discutida e analisada.

Recentes decisões nos Estados Unidos e Europa são favoráveis a que pacientes tenham ilimitados direitos para recusar quaisquer tratamentos. A ressalva existe, apenas, nos casos em que a pessoa não esteja capaz de tomar tal decisão, que é delegada à família. Existe significativa dúvida nas discussões acerca do período final da vida: qual a gravidade das condições neurológicas de um paciente e o respectivo prognóstico para que se permita pensar em retirar o suporte à vida? ²¹

A análise dos casos é particularmente difícil, em face da existência de sentimentos não somente do indivíduo, mas também de sua família. A medicina vai até certo limite e os procedimentos terapêuticos são absolutamente finitos, colocando-se a questão de quando começam a ser fúteis. A palavra parece ser pesada, mas na verdade é uma leitura da situação que em nada ajuda ao sujeito, pelo contrário, tende a prolongar algo que precisa ser bem decidido com a pessoa mais interessada: o paciente – que pode ser ativamente incluído na decisão sobre o seu mais alto bem: sua dignidade. Trata-se do desejo de um viver dentro de sua capacidade, de decidir que talvez não seja desejável viver com o terapeuticamente disponível.

De 1800 a 1960 a expectativa média de vida dobrou com as potencialidades da medicina no enfrentamento às enfermidades. Socialmente, a medicina substituiu a religião e os médicos tornaram-se os novos *sacerdotes* da salvação numa sociedade técnica ²². Poder que os torna, e aos demais profissionais de saúde, angustiados porque na origem positivista do pensamento médico está o diagnosticar e

curar. A possibilidade da morte deixa o profissional sem resposta adequada à situação, pois as decisões tornam-se apenas técnicas e baseadas em *protocolos*, como se a vida pudesse ser medida em médias e desvios.

Para Canguilhem, a patologia pode ser uma variação normativa da vida, não regida pela mesma norma que a fisiologia, ou seja, está relacionada com a vida e não com a saúde ²⁰. O doente tem a capacidade de modificar o seu estado patológico, ao ponto de adaptar-se a essa nova situação, tornando-se capaz de com ela conviver em estado de normalidade. O problema ocorre quando o indivíduo não tem mais o poder de se modificar e adaptar, perdendo o que nele existe de autopoiese e gerando uma patologia. Se esta é grave e terminal, sua capacidade de viver reduz-se a um *quase nada*, sentido como falta de dignidade mínima, levando-o a considerar a opção de abreviar a própria vida.

A valorização do que está sendo vivido pelas pessoas pode e deve ajudar os profissionais de saúde a ouvir, acatar e empatizar-se com o que os pacientes sentem e vivem em momentos críticos da vida. Isso não é tarefa fácil, mas necessária para que a decisão tomada respeite a dignidade do paciente.

Em recente estudo qualitativo, realizado com médicos generalistas, evidenciou-se que quase metade (14/30) evitava a eutanásia e o suicídio assistido, porque iam contra os seus próprios valores e era penoso confrontar-se com estes temas. O estudo também mostrou que os médicos generalistas não se sentiam confortáveis com a eutanásia e acreditavam poder ali-

viar o sofrimento do doente sem abreviar a sua vida. Os outros médicos (16/30) disseram que se não houvesse maneira de diminuir o sofrimento dos pacientes, estariam abertos para considerar o pedido de eutanásia. Claramente não há consenso quanto ao tema, e justamente este contraponto torna a discussão importante, pois as implicações éticas são significativas, ainda mais pelo fato de serem pessoas sobremaneira vulnerabilizadas por sua situação ²³.

Na Europa, a ética médica baseia-se, em geral, em duas vertentes: uma, que defende os direitos dos pacientes, apoiando o término dos tratamentos fúteis e eutanásia ativa quando solicitada; outra, baseada mais no dever médico, permite apenas os pedidos que atendam alguns critérios pré-definidos, recusando outros ²².

No intuito de manter a autonomia do paciente, na Austrália, Europa e Estados Unidos a prática médica requer que o paciente autorize previamente as ordens de *não ressuscitar*, as quais serviriam para impedir que as medidas básicas de ressuscitação, em paradas cardiopulmonares, fossem aplicadas. Quando a decisão não é possível pelo paciente, fica a cargo da família. Tal procedimento, embora intente manter a autonomia do paciente, quando delegado à família requer a realização de julgamentos morais sobre o valor da vida do paciente, incluindo suas relações ²⁴.

Outro dilema ético-profissional pode ser percebido quando a decisão sobre a *não res-*

suscitação é deixada a cargo do médico. Em estudo recente, as decisões sobre a elegibilidade para ordens de *não ressuscitar* podem não coincidir com a presumida autonomia do paciente, sendo inevitáveis as discrepâncias entre suas expectativas e as práticas médicas instituídas ²⁵.

Pelo visto, pode-se ver que os profissionais de saúde desempenham papel crucial, tanto no atendimento às demandas emocionais dos seus pacientes quanto na concretização de um acolhimento ético e humano, mesmo em situações mais adversas da prática clínica.

Considerações finais

O objetivo do artigo foi mostrar que o evento *morte* é algo complexo, cheio de dilemas éticos e profissionais; carregado de emoções que precisam ser trabalhadas e discutidas a partir de princípios éticos que podem ser resumidos por pequena palavra, que importa muito ao paciente terminal: dignidade.

A decisão de não prolongar a vida é demasiado complexa, mas o limite para investir está nitidamente ligado à concepção de morte digna aliada à plena consciência das limitações de intervenção. Parece claro que o ideal seria ouvir, sentir e pensar com o sujeito que sofre a amarga presença do evento inevitável da morte, para que dessa relação complexa possa surgir a solução mais correta possível para cada caso.

Agradecimento: em memória à prof. Lucilda Selli, recentemente falecida, em cujas aulas de Bioética nasceram essas reflexões, os autores agradecem o incentivo para a escrita deste artigo.

Resumen

Reflexiones legales y éticas sobre el final de la vida: una discusión sobre ortotanasia

El artículo presenta las bases éticas y legales de la ortotanasia. La búsqueda de conocimiento sobre el tema estuvo basada en datos disponibles en línea y en la literatura de imprenta, teniendo como criterio de inclusión la relevancia de los artículos para la discusión de la ortotanasia. Ésta es discutida tanto en los campos de la medicina como de la bioética. Las leyes son debatidas como también la ética y el criterio de la dignidad humana con respecto a la práctica de la ortotanasia. Presenta reflexiones sobre la muerte, los dilemas éticos y las acciones de los profesionales en contextos de enfermos terminales. El prolongamiento de la vida del paciente introduce situaciones muy complejas, pero el límite para invertir debe ser definido por la concepción de muerte digna, teniendo plena conciencia de la limitación de las intervenciones. La solución más correcta para cada situación debe estar en consonancia con la dignidad de la persona que sufre el inevitable proceso de la muerte, respetando sus decisiones.

Palabras-clave: Muerte. Cuidados paliativos. Bioética. Ortotanasia. Derecho a morir. Inutilidad médica. Eutanasia pasiva.

Abstract

Legal and ethical reflections about end of life: a discussion about orthothanasia

The article aims to present the ethical and legal bases of orthothanasia and point out the dilemmas of end of life, considering the bioethical vision of dignity and human rights, distinguishing between euthanasia, disthanasia and orthothanasia. The search for knowledge has been based on data available online and on printed literature, having as inclusion criteria the relevance of articles to the discussion of orthothanasia. The practice of orthothanasia, understood as rightness death, has been discussed as much in medicine as in bioethics. The article presents the difficult situation of patients, family and professionals in a delicate and doubtful moment, when the end of life is near. The law, the ethics and the criteria of dignity about orthothanasia are discussed, distinguishing between right to die and right to a decent death. The article has reflections about death, ethical dilemmas and actions of professionals in context of terminality ill patients. Prolonging patient's life produces very complex situations, but the limit of investing in life must be defined by the vision of decent death, with a full conscience of the limits of interventions. The best solution to each situation is directly connected with the dignity of the person who suffers the inevitable

process of death and, in this perspective, his autonomy of decision about the possible interventions must be respected.

Key words: Death. Hospice care. Bioethics. Ortothanasia. Right to die. Medical futility. Euthanasia passive.

Referências

1. Aguiar AMFM. A ortotanásia e a Resolução CFM nº 1.805/2006. *Jus Navigandi*, 2007; 11(1.468). [acesso 10 ago. 2009] Disponível: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=10119>>.
2. Resolução. Conselho Federal de Medicina, Resolução CFM nº 1.805/2006. [acesso 10 ago. 2009] Disponível: http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php.
3. Borges R. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. *Jus Navigandi* 2005; 10(871). [acesso 10 ago. 2009] Disponível: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=10119>>.
4. Misseroni R. Consideraciones jurídicas en torno al concepto de eutanasia. *Acta Bioeth.* 2000; 6 (2): 247-63.
5. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2008; 13(1): 207-21.
6. Ribeiro DC. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(8): 1749-54.
7. Siqueira-Batista R, Schramm F. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21(1): 111-9.
8. Santos M. O equilíbrio do pêndulo: a bioética e a lei, implicações médico-legais. São Paulo: Ícone; 1998.
9. Meirelles J, Teixeira ED. Consentimento livre, dignidade e saúde pública: o paciente hipossuficiente. In: Ramos C, organizador. *Diálogos sobre direito civil: construindo uma racionalidade contemporânea.* Rio de Janeiro: Renovar, 2002. p. 347-77.
10. Neirinck C. *De la bioéthique au biodroit.* Paris: Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence; 1994.
11. Menezes RA. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos.* Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz; 2004.
12. Siqueira JE. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. *Rev Bioética* 2005; 13(2): 37-50.
13. Pontes AA, Espíndula JA, Valle ERM. Bioética e profissionais de saúde: algumas reflexões. *Bioetikos* 2007; 1(1): 68-75.
14. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. *O Mundo da Saúde* 2004; 27(1): 15-32.

15. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004.
16. Sgreccia E. Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica. São Paulo: Loyola;. 1996.
17. Bettinelli LA, Waskiewicz JM, Erdman AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L, editores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p.87-100.
18. Andrade J, Andrade Filho A. Estamos preparados para a medicina paliativa? Simbodor. 2002; 3(1): 8-19.
19. Shakespeare W. Hamlet. São Paulo: Abril Cultural; 1976.p.108.
20. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
21. Truog R. End-of-life decision-making in the United States. Eur J Anaesthesiol. 2008; 42: 43-50.
22. Byk C. Death with dignity and euthanasia: comparative European approaches. J Int Bioethique 2007; 18(3): 85-102.
23. Georges J. Dealing with requests for euthanasia: a qualitative study investigating the experience of general practitioners. J Med Ethics. 2008; 34(3):150-5.
24. Elliott J, Olver I. Choosing between life and death: patient and family perceptions of the decision not to resuscitate the terminally ill cancer patient. Bioethics 2008; 22(3): 179-89.
25. _____. The implications of dying cancer patients' talk on cardiopulmonary resuscitation and do-not-resuscitate orders. Qual Health Res. 2007; 17(4): 442-55.

Recebido: 17.11.2009

Aprovado: 5.5.2010

Aprovação final: 24.6.2010

Contatos

José Roque Junges - roquejunges@hotmail.com

Cleber Cremonese - clebercre@yahoo.com.br

Edilson Almeida de Oliveira - proedilson@ibest.com.br

Leonardo Lemos de Souza - lelsouza@hotmail.com

Vanessa Backes - nessabck@yahoo.com.br

José Roque Junges - Caixa Postal 101 (Unisinos) CEP 93001-970. São Leopoldo/RS, Brasil.