

Folha de informação rubricada sob nº. _____ do processo nº. _____

(a) _____

(Aprovado na sessão da CoBi de 23/10/2003)

Referente: Trata-se de consulta formulada pelo Serviço de Emergências Clínicas solicitando parecer quanto ao prolongamento da vida em paciente sem esperança de vida e o Serviço de Cirurgia Plásticas e Queimaduras solicitando norma de conduta que dispõe sobre os procedimentos médicos a serem adotados em relação a pacientes terminais ou sem prognóstico, como alguns grandes queimados.

PARECER-CoBi-008/2003

Talvez um dos assuntos mais controversos e, portanto, polêmicos, na prática médica seja a situação limítrofe em que ao profissional médico se exija ou demande que, de forma ativa, decida sobre a manutenção da vida, de forma artificial, de pacientes terminais.

Na nossa cultura, em que a morte é entendida como perda irreparável de ser humano, defrontar-se com esse assunto é desconfortável. Por outro lado é inevitável, no dia-a-dia do profissional médico, especialmente em serviços de emergência, defrontar-se com a decisão a respeito da manutenção, ou não, de vida ou sobrevivência de pacientes terminais. O que fazer?

Os cuidados com a saúde envolvem, entre outras definições ou objetivos influenciados por características culturais, objetivos como prolongar, restaurar a saúde e aliviar sofrimentos. Entretanto o prolongamento artificial da vida pode negar conceito atualmente considerado de maior respeito, o de qualidade de vida, com o que se aceita a redução do seu tempo de duração o que, por sua vez, leva a questionar o entendimento de que **vida** seja um Bem a ser preservado a todo custo.

(cont.)

Folha de informação rubricada sob nº. _____ do processo nº. _____

(a) _____

(continuação P. CoBi – 008/2003)

O princípio de sacralidade da vida, fundamentado na crença de ser a mesma um Dom que somente pode ser suprimido por quem a tenha concedido tem sido interpretado por autoridades eclesiásticas, no sentido de que não se deve interferir com os desígnios divinos. Vida se contrapõe a morte, situação inexorável, até o presente, e que deve ser encarada, tal como a vida, sujeita à apreciação de sua qualidade. Nesse sentido, a idéia de eutanásia, palavra derivada do grego que se traduz como “boa morte”, e que se refere à qualidade da morte sem sofrimento, contrapondo-se à morte com sofrimento (distanásia). Nada obstante ser desejável a morte sem sofrimento, “confortável”, a prática da eutanásia não é acolhida pela maioria das legislações, e, no mesmo sentido, o Código de Ética Médica Brasileiro condena a prática de eutanásia:

Art. 66 - É vedado ao médico utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.

Complementando as definições de eutanásia (boa morte) e distanásia (morte com sofrimento), há que se analisar o conceito de ortotanásia. Aqui se admite que o médico não seja compelido a adotar medidas que consideradas “heróicas”, muitas vezes fúteis, destinadas a prolongar a vida por mais algum tempo.

Na experiência clínica pessoal tem sido pouco discutida a questão quando os pacientes passam para estado em que a expectativa de vida com qualidade é reduzida. É provável que, com maior frequência, a família fique à margem da discussão do que o profissional considera inevitável, a morte do paciente.

Embora a profissão médica tenha como finalidade preservar a vida, também se deve levar em conta que interessa garantir às pessoas aceitável qualidade de vida e, em situações específicas, de mais difícil definição, talvez, pensar em dar-lhes morte confortável e digna.

(cont.)

Folha de informação rubricada sob nº. _____ do processo nº. _____

(a) _____

(continuação P. CoBi – 008/2003)

Entende-se, embora não se o expresse com clareza, que prolongar a sobrevivência de alguns pacientes Terminais, passíveis de serem entendidas como objetos de distanásia (forma lenta e dolorosa de morrer) devam ser evitados. Se o Código de Ética Médica é contra a distanásia, não é contra ortotanásia:

Art. 6º - O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

A Bioética propõe princípios que podem atenuar o desconforto de decisões difíceis: beneficência, evitar malefícios, autonomia e justiça. Assim, fazer o bem, não lesar a pessoa, (*primum non nocere*), garantir a decisão ao paciente e promover o melhor tratamento para todos, são princípios que podem embasar a tomada de decisões em face de pacientes terminais.

Hellegers, um dos fundadores do Instituto Kennedy de Bioética, a respeito de nossa questão em estudo afirma: "Perto do fim da vida, uma pretensa cura significa simplesmente a troca de uma maneira de morrer por outra (...) Cada vez mais, nossas tarefas serão de acrescentar vida aos anos a serem vividos e não acrescentar anos à nossa vida (...) mais atenção ao doente e menos à cura em si mesma (...)".

Mesmo a posição da Igreja tem sido marcada por uma postura de não condenação dos que defendem a ortotanásia. O presidente da Sociedade Brasileira de Teologia Moral - professor Leonardo M. Martins, em artigo do livro Iniciação à Bioética - publicado em 1998 pelo CFM, assim se refere ao assunto: " Enquanto na eutanásia a preocupação maior é com a qualidade da vida remanescente, na distanásia a tendência é de se fixar na quantidade desta vida e de investir todos os recursos possíveis em prolongá-la ao máximo.

(cont.)

Folha de informação rubricada sob nº. _____ do processo nº. _____

(a) _____

(continuação P. CoBi – 008/2003)

Não há nenhuma obrigação de iniciar ou continuar uma intervenção terapêutica quando o sofrimento ou o esforço gastos são desproporcionais aos benefícios reais antecipados. Neste caso, não é a interrupção da terapia que provoca a morte da pessoa, mas a patologia previamente existente." (in parecer emitido pelo Conselheiro Gerson Zafalon Martins, CFM - Processo Consulta nº 7.069/99-CFM 09/00). Desta forma, amparado na posição da Igreja e também na Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999, (conhecida como Lei Covas), de autoria do Deputado Roberto Gouveia, que dispõe sobre direitos de usuários do sistema público de saúde, encontra-se no Artigo 2, inciso XXIII: "São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida" . Daí pode-se extrair que se é necessário evitar a distanásia e não praticar a eutanásia, não há delito na prática da ortotanásia. O que separa os dois termos é um espaço muitas vezes pequeno para manobras de manutenção da vida.

Conclusão: oferecendo diretrizes gerais para auxiliar em tomadas de decisões consideradas difíceis, sugerem-se os seguintes princípios:

- 1) Estabelecer uma boa comunicação entre os profissionais médicos e todos os demais membros da equipe com o paciente e os familiares.
- 2) Respeitar a vontade do paciente, que esteja de posse de suas faculdades mentais para decidir sobre o que se faria em casos extremos já citados anteriormente;
- 3) Acatar decisão do representante indicado, nos casos de pacientes em coma, lembrando que a autonomia do paciente e a do médico devem ser preservadas de forma inequívoca e definitiva.
- 4) Buscar concordância entre equipe de cuidadores do paciente, ele mesmo e seus familiares, quando necessário, diante de terminalidade, irreversibilidade e morte iminente.

(cont.)

Folha de informação rubricada sob nº. _____ do processo nº. _____

(a) _____

(continuação P. CoBi – 008/2003)

- 5)** Quanto à decisão sobre o diagnóstico da terminalidade e a conduta a ser adotada, em termos operacionais e de forma pormenorizada (quando parar de investir na terapêutica curativa, quando continuar a investir, como investir...), esta Comissão entende ser necessária normatização técnica, estudos e revisão da literatura especializada, no sentido de definir áreas em que haja consenso técnico e específico para cada departamento ou clínica envolvido com o cuidado dos pacientes.
- 6)** Havendo concordância entre os profissionais e os familiares e/ou o próprio paciente, parar o investimento terapêutico que prolongue inutilmente a sobrevida, como, por exemplo, suporte ventilatório, antibióticos, drogas vaso-ativas além de não iniciar manobras ressuscitatórias em caso de parada cardio-respiratória. Isso não implica que seja suprimida a prestação de assistência medicamentosa para alívio de dor, instituindo, se necessário o uso generoso de narcóticos com intenção analgésica.
- 7)** Comunicar a decisão aos colegas de plantão para não praticar, sem saber, a distanásia.

Referência:

Henig NR, Faul JL, Raffin TA. Biomedical Ethics and the Withdrawal of Advance Life Support. Annu. Rev. Med. 2001; 52: 79-92.

Pareceristas: Dr. Chin An Lin, Dr. Joaquim Edson Vieira, Prof. Dr. Marco Segre