

Não-ressuscitação em medicina paliativa

Carlos Henrique Debenedito Silva, Teresa Cristina da Silva dos Reis, Fermin Roland Schramm³

O Núcleo de Bioética (NB) do Hospital do Câncer IV (HC IV) do Instituto Nacional de Câncer (INCA) foi criado em 2000, como fruto dos muitos questionamentos éticos e morais advindos das práticas assistenciais, nesta que é uma unidade de Cuidados Paliativos (CP), e pela visão da sua dupla coordenação inicial, Teresa Reis e Fermin Roland Schramm, agora tripla com a inclusão de Carlos Debenedito.

O início da trajetória institucional assistencial na área de CP no INCA ocorreu em 1986, em outra unidade, pelo Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica. Conseqüente ao crescimento do número de pacientes atendidos, àquela pequena célula de internação hospitalar somou-se o programa das visitas domiciliares, até que, em novembro de 1998, a proposta de trabalho cada vez mais consolidada levou à inauguração da nova unidade do INCA, em Vila Isabel.

Mais recentemente, o processo de Acreditação Hospitalar, desenvolvido pela Assessoria de Gestão da Qualidade e iniciado no HC IV, em 2004, salientou a necessidade da normatização de algumas de nossas práticas, no atendimento às exigências do Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar.

Nesta Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos, são atendidos os pacientes considerados fora de possibilidades curativas (refutamos a sigla FPT, de uso corrente, pois também realizamos terapêuticas, quando promovemos controle dos sintomas dos nossos pacientes, por exemplo).

Dentre algumas das polêmicas condutas perante o doente que evoluirá para um processo de morte inevitável, as manobras de ressuscitação, por ocasião de uma parada cardiorrespiratória (PCR), são

consideradas medidas injustificadas. Essa discussão já foi abordada nos Estados Unidos¹, embasada em valores como: não prolongar desnecessariamente a morte, evitar tratamento fútil e distribuir recursos com forma racional e utilitarista. No Brasil, não aparece formalmente registrada em prontuário nenhuma ordem de não-ressuscitação - *do not resuscitate* (DNR). Entretanto, tal conduta é adotada com alguma freqüência na prática hospitalar por modos verbais, informais e unilaterais, infringindo o princípio da autonomia.

Na prática diária, essa decisão deve ser tomada diretamente com o paciente, ou em caso de intelectualmente incompetente, seus familiares. Havendo discordância ou recusa, não deve ser adotada. No HC IV, essa abordagem ocorre no encaminhamento do paciente por uma das outras unidades e a não aceitação dos princípios dessa modalidade de atenção implica a inelegibilidade de acompanhamento. Na Medicina, dois grandes princípios morais movem a assistência: a preservação da vida e o alívio dos sofrimentos. Sendo um termo adotado na modernidade para o cuidado às pessoas no fim de suas vidas, CP têm, na definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), princípios de assistência pelo controle da dor e qualidade de vida dos enfermos, conforme lemos:

*"O cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos. Controle da dor, e de outros sintomas entre outros problemas sociais e espirituais são da maior importância. O objetivo dos cuidados paliativos é atingir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias"*².

Tido como um dos pilares da deontologia médica, a defesa da manutenção da vida humana, a qualquer modo ou 'preço', sem a análise das condições clínicas e do

³Bioeticista. Pesquisador Titular do Departamento de Ciências Sociais, da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP / FIOCRUZ. Presidente da Sociedade de Bioética do Estado do Rio de Janeiro. Coordenador do Conselho de Bioética do Instituto Nacional de Câncer - INCA / MS. E-mail: roland@ensp.fiocruz.br

prognóstico do paciente em que ela se dará, traz à discussão com a contraposição teleológica - análise da finalidade do ato - um dos muitos assuntos de difícil consenso na área da atenção à saúde.

Por essa razão, o NB do HC IV, em sua I Jornada de Bioética, em 23 de agosto de 2005, trouxe como tema Não-Ressuscitação em Medicina Paliativa. A coordenação da Jornada optou pela organização de duas mesas-redondas: a primeira, pela manhã - O dia-a-dia da prática da não-ressuscitação numa Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos e a segunda, à tarde - Aspectos legais, psicanalíticos e bioéticos da não-ressuscitação.

Este evento gerou rico material, que apresentamos a seguir, na forma de artigos produzidos pelos palestrantes que, em seu conjunto, analisam as preocupações dos conflitos constantes e diários dos profissionais médicos e enfermeiros na área dos CP, uma (im)possível abordagem pelos pacientes, as visões jurídica, psicanalítica e bioética.

Não temos a pretensão de esgotar as discussões sobre o tema, mas por intermédio da utilização das ferramentas da Bioética, com seus critérios analítico, prescritor e protetor³, não nos cansaremos de discutir, caso a caso, as melhores ou as menos piores ou as mais efetivas abordagens, quando nos defrontarmos com essa situação.

REFERÊNCIAS

1. Zimmerman JE, Knaus WA, Sharpe SM, Anderson AS, Draper EA, Wagner DP. The use and implications of do not resuscitate orders in intensive care units. *JAMA*. 1986;255:351-56.
2. World Health Organization (WHO). Cancer pain relief and palliative care: Report of a WHO Expert Committee, WHO Technical Report Series 804. Geneve: WHO; 1990:11.
3. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):949-56.

A não-ressuscitação, do ponto de vista do médico, em uma Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos

Margarida Tutungi Pereira¹, Teresa Cristina da Silva dos Reis²

É indiscutível o benefício que a medicina baseada em evidências traz para os pacientes, em muitas situações. Na Medicina Paliativa (MP), este fato é também inquestionável, porém essa tendência não oferece respostas a todos os envolvidos na hora de tomar decisões médicas, envolvendo o final da vida. Este é um momento único, intransferível e absolutamente individual, para o paciente e sua família. Nos doentes oncológicos, especialmente, traz com ele inúmeras implicações legais e éticas.

Para compreendermos o cenário em que se construiu esse ponto de vista, é importante esclarecer que, no Instituto Nacional de Câncer (INCA), 60% dos pacientes apresentam câncer em estado avançado (estágios III e IV) à época da sua matrícula. Estes, após término do tratamento "curativo" e em vigência de doença em evolução, são encaminhados de quatro unidades assistenciais para o Hospital do Câncer IV (HC IV). Nesta Unidade de Cuidados Paliativos (CP), serão acompanhados e tratados de tal forma que, dependendo das condições clínicas e *performance status*, a modalidade de atendimento pode se dar sob forma ambulatorial ou visita domiciliar (VD). Cabe destacar que a média de sobrevida para todos os pacientes, considerando-se a transferência para essa unidade, é de quatro meses. A unidade conta ainda com 56 leitos para internação hospitalar de curta permanência, com o objetivo de controlar sintomas agudizados que trazem sofrimento ao paciente e à sua família. Dos 1100 pacientes/mês, 27% em média falecem em domicílio, sob orientações da equipe da VD, em acordo com os desejos do paciente

e/ou da família. Os demais falecem no hospital. São doentes de maior complexidade, em iminência de óbito, onde tentamos, obedecendo às definições de CP, firmadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1990, além de bem controlar os sintomas físicos, fechar o ciclo social, psicológico e espiritual, proporcionando-lhes uma morte digna e livre de dores atroz e sofrimento.

Existe, entretanto, uma crença generalizada de que os cuidados no final da vida, em doenças crônicas, como o câncer, AIDS ou patologias neuromusculares, devam envolver o uso excessivo e inapropriado da tecnologia e sejam sinônimos de sofrimento inevitável. Em muitos estudos, têm-se observado que os cuidados médicos são guiados mais por inovações tecnológicas do que pelas preferências do paciente¹⁻³, e que são instituídos tratamentos muito mais extensos do que aqueles que os profissionais de saúde escolheriam para si próprios^{1,4,5}. De acordo com Pessini⁶, "milhões de pacientes são mantidos em hospitais, sobretudo nas UTI e emergências e não raramente acham-se submetidos a uma parafernália tecnológica, que não só não consegue minorar-lhes a dor e o sofrimento, como ainda os prolonga e os acrescenta inutilmente". Isto é o que hoje chamamos de obstinação terapêutica ou tratamento fútil.

O paciente terminal oncológico ou em cuidado ao fim da vida é aquele fora de possibilidade de cura, em que se esgotaram as opções de tratamento antitumoral específico, com quadro clínico irreversível, e que apresenta uma perspectiva de sobrevida curta, de semanas a dias. Em decorrência da progressão da doença, pode

¹Médica Geriatria. Especialista em Cuidados Paliativos pelo HC IV - INCA / MS. Chefe da Internação Hospitalar do HC IV - INCA / MS. E-mail: mpereira@inca.gov.br

²Cirurgiã Oncológica. Membro do Núcleo de Bioética do Hospital de Câncer IV - INCA / MS. Chefe da Divisão Técnico-Assistencial do HC IV - INCA / MS. E-mail: treis@inca.gov.br

ainda se apresentar com alterações cognitivas graves, sem evidência de consciência de si mesmo ou do meio, e uma total incapacidade de interagir com os outros. Para esses pacientes e suas famílias, preconiza-se a adoção de medidas clínicas que visem à garantia de melhor qualidade de vida através da atuação ativa e integral no controle da dor e outros sintomas. A ação profissional deve ser pautada na atenção e no respeito aos princípios bioéticos de beneficência, não-maleficência, autonomia do paciente e justiça, e adequada e racional utilização de recursos na definição dos cuidados.

Um dos conflitos mais frequentes na prática clínica diária em MP é a de decidir, junto com o paciente e sua família - ou seu responsável, que condutas ou estratégias de cuidado devem ser tomadas na situação de óbito iminente, ou quando medidas clínicas mostram-se incapazes de controlar sintomas e sofrimento. Dependendo da escolha, podemos nos confrontar com diferentes processos de morrer. De um lado, a distanásia - morte lenta e com muito sofrimento - em que o médico, visando a manter o paciente vivo, submete-o, ainda que de forma não-intencional, a tratamentos fúteis ou inúteis, não prolongando propriamente a vida, mas o processo de morrer. No outro extremo, encontra-se a eutanásia, que é a prática pela qual se busca abreviar, sem dor ou sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável. O meio termo entre estas duas situações seria a ortotanásia - morte no seu tempo certo, sem tratamentos desproporcionados e sem abreviação do processo de morrer⁶.

Havendo dúvidas importantes sobre o diagnóstico e o prognóstico de um paciente, nenhuma decisão de não-oferta de todos os recursos terapêuticos disponíveis deve ser tomada. Entretanto, o atual Código de Ética Médica, de 1988, embora ainda enfatize o absoluto respeito pela vida humana, desde a concepção até a morte, reconhece em seu artigo 60, o direito de o paciente terminal não ter seu tratamento complicado, e o parágrafo 2º do artigo 61 estimula o médico a não abandonar seu paciente "por ser este portador de moléstia crônica ou incurável" e a "continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico". Assim, na medida em que o prognóstico torna-se sombrio e a cura impossível, devem ser priorizadas todas as medidas que visem ao conforto e ao alívio do sofrimento⁷, sendo que o princípio da não-maleficência passa a ter prioridade sobre o da beneficência. Essa decisão, porém, só será corretamente adotada se precedida de ampla discussão, da obtenção do consenso e discurso comum dentro da equipe de saúde multidisciplinar, em acordo com o paciente ou

seu responsável e atentando para o princípio da justiça⁸. Faz parte do processo de consenso entre os membros de uma equipe multidisciplinar, além da certeza do diagnóstico e do prognóstico apurado, o respeito à autonomia do paciente, a conduta padrão da comunidade científica em casos semelhantes e normas próprias da instituição de saúde. Frequentemente, comete-se o erro de não fazer participar o restante da equipe de saúde, especialmente a enfermagem, das discussões e tomada de decisões. Isto, segundo Kipper⁹, traz problemas de comunicação para toda a equipe e para o relacionamento com o paciente e sua família, já que a enfermagem tem mais contato com o paciente e a família e conhece melhor a dinâmica familiar. Em cuidados paliativos oncológicos, entretanto, a boa prática clínica pressupõe a adoção da multidisciplinaridade como um dos pilares do cuidado, abordando-se o paciente com câncer avançado sob os aspectos clínicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS).

Faz-se ainda necessário o entendimento da moralidade da sociedade e da cultura à qual o paciente pertence. No Brasil, com a sociedade tendo pouca ingerência na destinação de recursos e, muitas vezes, com limitado acesso à saúde, qualquer decisão desse tipo pode ser interpretada como sendo uma discriminação contra os que dependem ou que são carentes de recursos públicos. Em países em desenvolvimento, a prática médica é ainda essencialmente paternalista e, quando queremos compartilhar decisões com o paciente e/ou sua família, encontramos dificuldades, seja porque já estão acostumados com o fato de outros decidirem por eles, seja porque, culturalmente, a morte ainda é considerada como punição, como castigo e não como evento natural. Ainda nesse contexto, a morte hoje é vista como um processo, como um fenômeno progressivo e não mais como um momento, ou evento. Essas complexidades devem ser compreendidas, sem tirar do médico a responsabilidade de compartilhar e de acatar decisões, mas entendendo que paciente e sua família passam por diversas fases de aceitação da doença, incluindo revolta e negação, com a perspectiva do óbito.

Segundo Garcia¹⁰, médicos usualmente utilizam a expressão "medidas ordinárias" para tratamentos aceitáveis ou mesmo padronizados, e "medidas extraordinárias" para condutas novas ou experimentais. A ética dá uma conotação diferente, ao considerar que o sofrimento causado pela decisão tomada de prolongar a vida é que as classifica em ordinárias e extraordinárias. Considera-se que, quando há consenso sobre a

irreversibilidade do estágio da doença de um paciente terminal (morte inevitável) e concordância do paciente ou do seu responsável, a prioridade deve ser o princípio da não-maleficência, sendo consideradas ordinárias apenas as condutas que manterão o paciente em situação confortável. Os tratamentos proporcionados seriam aqueles que trariam mais benefícios do que prejuízos para o paciente, e os desproporcionados, aqueles que, embora possam trazer algum benefício, o fazem à custa de muito sofrimento, altos custos e pobres resultados finais. A ressuscitação em cuidado paliativo é considerada "medida extraordinária", ato invasivo, heróico e de inadequada alocação de recurso.

Neste contexto enquadra-se a ordem de não-ressuscitação (ONR) que, como qualquer decisão de retirada de suporte vital ou não-oferta de suporte vital, não pode ser praticada sem a concordância do paciente ou do seu responsável. Ela deve ser decidida sempre que existir consenso da equipe de saúde e de comum acordo com o paciente ou seu representante, e a parada cardiopulmonar for previsível como evolução natural da doença, ou seja, esperada e, no caso do câncer avançado, muitas vezes bem-vinda e sinônimo de descanso ao paciente e à família.

Diversos autores provaram que a maioria dos médicos intensivistas que tomam essas decisões em pacientes crônicos internados em leitos de UTI fazem-no baseados em prognósticos (o que transformaria este procedimento em prolongamento de sofrimento); que consideram a vontade dos pacientes ou seus representantes como o elemento mais fundamental na decisão, mas que colocam essa vontade na sua própria convicção do prognóstico. Estudos observacionais^{11,12} mostram que essa decisão ocorre com mais frequência do que imaginamos, que essa frequência mostra uma tendência de aumento nos últimos anos, que os pacientes e seus familiares geralmente concordam com a recomendação dos médicos ou até solicitam tais limitações; que a retirada de suporte ocorre com mais frequência que a não-oferta; que a ressuscitação cardiopulmonar é a terapia não oferecida com mais frequência, entre muitos aspectos.

Trabalhos mostram também que ONR em UTI são mais facilmente adotadas em presença de má condição de saúde prévia, idade avançada, diagnóstico estabelecido de doença crônica sem possibilidade de cura e gravidade do estado clínico. Observa-se também que 86% dos pacientes morrem em até 3 dias após a ONR ou de retirada de mecanismos de sustentação de vida^{7,11}.

Em pesquisa realizada pelo *Ethics Committee of the*

Society of Critical Care Medicine (com 600 congressistas), publicada em 1992, quatro fatores foram considerados muito importantes na tomada de decisão de retirar o suporte vital: a qualidade de vida do paciente, a possibilidade de sobrevida à hospitalização, as doenças crônicas e a reversibilidade da doença aguda atual. A razão principal para não oferecer suporte vital foi o mau prognóstico¹³.

Na Unidade IV do INCA, nós adotamos a não-ressuscitação, e os motivos que levam a equipe médica a optar por esta abordagem são além da natureza da doença crônica, a grande carga de sofrimento para o paciente, seu caráter de irreversibilidade quando em fase não-curativa e a progressiva deterioração da qualidade de vida como vista pelo paciente e seus familiares.

Os CP, como sabemos, além de intentar o controle da dor e outros sintomas, suporte psicossocial e espiritual, podem também utilizar cirurgias de médio e pequeno porte, procedimentos de radiologia intervencionista, radioterapia, uso de antibióticos e a correção de causas clínicas reversíveis para manter o paciente mais confortável, quando o prognóstico assim o indicar. Entretanto, com a definição da impossibilidade de cura e a aproximação inexorável da morte, ocorre a esperada inversão de expectativas, levando os médicos a comunicar aos familiares o agravamento do estado de saúde, seu significado e a total impotência da medicina em reverter tal condição, mas não o impedimento de propiciar cuidado e conforto, dando àqueles, tempo para refletir e assimilar a situação. Tornam-se imperiosas medidas para controle de sintomas e alívio de sofrimento nesta fase. A equipe multiprofissional também inclui entre suas obrigações, o suporte para a família e a rede social do paciente e os demais membros da equipe de saúde. A experiência de médicos envolvidos com o cuidado ao fim da vida em nossa unidade comprova o que já vem sendo evidente em outros centros: que no momento em que se faz necessária a tomada de decisão, essa é sempre menos dolorosa quando se estabelece uma ótima relação médico-paciente-família ou equipe de saúde-paciente-família e quando, na consciência de todos, existe a convicção de que a conduta proposta é a melhor para aquele paciente, com aquela patologia, naquele lugar e naquele momento^{14,15}.

Esta conduta está alinhada com os princípios dos CP listados abaixo:

- Reafirmar a vida e a morte como processo normal;
- Providenciar alívio para a dor e outros sintomas;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais ao

tratamento;

- Ajudar o paciente a viver de forma independente (autônoma) até próximo de sua morte;
- Oferecer um suporte que ajude a família a conviver com a doença e o sofrimento;
- Respeitar a autonomia e as escolhas do paciente, incluindo o local de escolha para sua morte;
- Manter ênfase na comunicação aberta e sensível que se estende ao paciente, à família e aos colegas de profissão.

Faz-se necessária, então, uma distinção entre a não-adoção de terapias médicas destinadas ao prolongamento artificial da vida de pacientes terminais, à custa de terríveis sofrimentos para estes e a eutanásia, prática que não adotamos⁹. A pergunta que deve ser feita e permeia muitas discussões sobre este tema é: existem situações nas quais, mesmo sendo possível prolongar a vida, é moralmente justificado omitir a ação médica? Diz Sandro Spinsanti¹⁶ que "a omissão é legítima quando se deixa que o paciente entre naturalmente no processo de morrer, renunciando-se ao enrijecimento que qualificamos de obstinação terapêutica". Diz ainda Horta¹⁷ que, "um médico tem o dever de manter a vida enquanto ela seja sustentável, mas não tem nenhum dever - legal, moral ou ético - de prolongar o sofrimento de um moribundo" e, diríamos mais ainda, de um doente terminal que sofre e para quem não podemos oferecer perspectivas positivas. Aceitando o critério da qualidade de vida, a Ética recorda à Medicina que ela deve estar a serviço não só da vida, mas também a serviço da pessoa, como citado por França (*apud* Horta¹⁷). Se o prolongamento da vida física não oferece mais à pessoa nenhum benefício, ou até mesmo lhe fere a dignidade do viver e do morrer, torna-se desproporcionado qualquer meio para esse fim.

Destacamos, porém, a precariedade de amparo legal aos profissionais médicos que adotam estas medidas. Sob este aspecto, o CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, saiu à frente e, em Lei Estadual nº 10241/99, no seu artigo 2º, declara, como direito do usuário do sistema de saúde do Estado de São Paulo, a recusa a tratamentos dolorosos ou extraordinários para prolongar a vida, trazendo-nos algum respaldo na adoção desta opção.

Reconhecemos que esta medida ainda é tomada com alguma frequência, por modos verbais e informais, mas sempre com o conhecimento e a aceitação da família. Na prática diária, esta decisão deve ser tomada diretamente com o paciente ou, em caso de intelectualmente incompetente, seus familiares. Havendo

discordância ou recusa, não deve ser adotada.

No HC IV, essa abordagem ocorre no encaminhamento do paciente por uma das outras unidades. Não havendo aceitação dos princípios adotados pela Unidade para acompanhamento e tratamento dos pacientes, o paciente e seus familiares podem recusar a transferência e continuarão sendo acompanhados pela clínica de origem de matrícula, com acesso a todo o arsenal de ressuscitação, se este for o desejo.

Entendemos também que ainda há dificuldades na definição do melhor momento para abordar com o paciente seus desejos ou autorização para a não-ressuscitação. O momento da transferência entre unidades é um momento difícil. Envolve o segundo diagnóstico (primeiro - "eu tenho câncer", segundo - "eu vou morrer por causa do câncer"), a quebra de vínculos afetivos e profissionais, e há que se atentar para o equilíbrio emocional de pacientes e seus familiares, que se encontram muito fragilizados. Pelo exposto anteriormente, em culturas latinas, fica claro que a abordagem inapropriada e a colocação fria sobre um prognóstico reservado e a perspectiva de morte podem ter efeitos devastadores sobre o paciente e sua família, se estes não foram bem avaliados quanto às suas reações diante de uma má notícia. A tática utilizada, então, tem sido a de permitir que o paciente e sua família assimilem a má notícia inicial e que haja tempo, ainda que breve, para respeitar as indicações do paciente sobre "o quanto ele deseja ouvir", do "quanto está preparado para ouvir" e sobre "o que ele quer ouvir". Entende-se que esta abordagem deva ser gentil, sutil e em doses homeopáticas e antecipatórias, na medida em que se deteriora o quadro clínico do doente, como exercício diário da boa comunicação. Sob circunstâncias de óbito iminente, até 30% dos pacientes encontram-se torporosos ou comatosos, sem condições para o exercício pleno de sua autonomia. Suas garantias são de que, embora não venha a ser ressuscitado, todo esforço será empenhado para diminuir e aniquilar o sofrimento, proporcionando-lhe uma "boa morte" no tempo certo e da forma que é desejada por todos.

Neste processo decisório, fica clara a necessidade de "ouvirmos o que as famílias estão nos dizendo". A literatura é ainda escassa em bons estudos sobre a opinião das famílias em relação ao cuidado oferecido a seus entes queridos no final da vida, em oncologia ou mesmo nas áreas da Pediatria ou UTI. Porém, os temas que emergem na maioria dos estudos¹⁸⁻²⁰ que parecem correlacionar-se positivamente com o nível de satisfação com o cuidado oferecido são estes:

- sentir-se incluído no processo decisório;
- evitar o prolongamento da morte;
- receber explicações claras sobre o papel familiar;
- receber ajuda para que a família chegue a um consenso;=
- receber informação de qualidade, em boa quantidade e no momento adequado.

Fora dos domínios da Unidade IV, lembramos que decisões que envolvem a vida de outra pessoa não devem se basear em idéias pessoais, e sim em conhecimento científico solidamente firmado e, se possível, no conhecimento de casos semelhantes ao caso em discussão, incluindo o procedimento adotado nessas ocasiões e as suas conseqüências. Em casos difíceis, a situação deve ser discutida com ajuda de outros profissionais, e a avaliação de um comitê de Bioética pode lançar luzes sobre dúvidas eventuais.

No caso do paciente terminal oncológico, somos, portanto, a favor de ordens de não-reanimação cardiopulmonar, de comum acordo com o desejo do paciente e/ou família, não oferecendo tratamentos que possam ser caracterizados como fúteis ou desproporcionados, para evitar a distanásia.

REFERÊNCIAS

1. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment (Support). The Supportive Principal Investigators. *JAMA*. 1995;274:1591-598.
2. Thelen M. End-of-life decision making in intensive care. *Crit Care Nurse*. 2005;25(6):28-37.
3. Hansot E. A letter from a patient's daughter. *Ann Intern Med*. 1996;125:149-51.
4. Danis M, Mutran E, Garret JM, Stearns SC, Slifkin RT, Hanson L, et al. A prospective study of the impact of patient preferences on life-sustaining treatment and hospital cost. *Crit Care Med*. 1996;24:1811-817.
5. Brody H, Champbell ML, Faber-Langendoen K. Withdrawing intensive life-sustaining treatment- recommendations for compassionate clinical management. *N Engl J Med*. 1997;336:652-57.
6. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Bioética*. 1996;4:31-43.
7. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Bioética*. 1993;1:129-39.
8. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Resp Crit Care Med*. 1997;155:15-20.
9. Kipper D. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade. *Bioética*. 1999;7:59-70.
10. Garcia PCR. AIDS e Bioética. Caso clínico. *Bioética*. 1993;1:85-87.
11. Zimmermann JE, Knaus WA, Sharpe SM, Anderson AS, Draper EA, Wagner DP. The use and implications of do not resuscitate orders in intensive care units. *JAMA*. 1986;255(3):351-56.
12. Luce JM. Withholding and withdrawal of life support: ethical, legal, and clinical aspects. *New Horiz*. 1997;5(1):30-37.
13. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life-sustaining treatments. *Crit Care Med*. 1992;20:320-26.
14. Curtis JR. Interventions to improve care during withdrawal of life-sustaining treatments. *J Palliat Med*. 2005;8(suppl 1):S116-31.
15. Prendergast TJ, Puntillo KA. Withdrawal of life support: intensive caring at the end of life. *JAMA*. 2002;288(21):2732-740.
16. Spinsanti S. Ética biomédica. São Paulo: Paulinas; 1990.
17. Horta MP. Eutanásia. Problemas éticos da morte e do morrer. *Bioética*. 1999;7:27-33.
18. Garros D. Uma "boa" morte em UTI pediátrica: é isso possível? *J Pediatr*. 2003;79(suppl 2):S243-54.
19. Wiegand DL. Families and withdrawal of life-sustaining therapy: state of science. *J Fam Nurs*. 2006;12(2):165-84.
20. Meert KL, Thurston CS, Sarnaik AP. End-of-life decision-making and satisfaction with care: Parental perspective. *Pediatr Crit Care Med*. 2000;1(2):179-85.

A não-ressuscitação, do ponto de vista da enfermagem, em uma Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos

Rosenice Perkins Dias da Silva Clemente¹, Elaine da Hora dos Santos²

INTRODUÇÃO

O HC IV - Unidade de Cuidados Paliativos (CP) Oncológicos do INCA, por intermédio da Divisão Técnico-Científica (DTC), promoveu em agosto de 2005, a I Jornada de Bioética sob o tema Não-Ressuscitação em Medicina Paliativa, com o objetivo de discutir esta prática na comunidade multiprofissional. Para conhecer a visão dos enfermeiros do setor da Internação Hospitalar dessa Unidade, promovemos diálogos com os pares, buscando suas próprias vivências com o tema em questão. O objetivo deste artigo foi fazer uma reflexão da visão da Enfermagem, do HC IV, sobre a prática da não-ressuscitação em paciente com doença oncológica avançada e um levantamento bibliográfico sobre o tema.

RESSUSCITAÇÃO

Por definição, ressuscitação é o conjunto de medidas terapêuticas utilizadas na recuperação do paciente. Esta palavra se origina do latim *resuscitatio, onir*, do verbo *resuscito, are*, formado da partícula *re*, no sentido de renovação e o verbo *suscito, are* que, entre outras acepções, tem a de despertar, acordar, recobrar os sentidos. Em suas raízes etimológicas, *suscito*, por sua vez, deriva do verbo *cito, ciere*, que significa pôr em movimento. Da mesma raiz são os verbos concitar, incitar e excitar. Assim, o sentido principal de ressuscitar é o de restabelecer o movimento, ou seja, a vida, pois a vida é movimento, ao contrário da morte - inércia¹.

Ressuscitação é voltar à vida após uma morte aparente². Morte aparente porque, segundo consulta à Wikipédia, é difícil precisar o momento exato da morte. Ela já foi definida como parada cardíaca e respiratória, mas com o desenvolvimento da ressuscitação cardiopulmonar e da desfibrilação, surgiu o dilema: ou a definição de morte estava errada, ou as técnicas que realmente ressuscitavam uma pessoa foram descobertas (em vários casos, respiração e pulso cardíaco podem ser restabelecidos). A primeira explicação foi aceita e, atualmente, a definição de morte é conhecida como morte clínica - morte cerebral ou parada cardíaca irreversível³. Safar sugere o termo recepção cardiopulmonar-cerebral (RCPC), como substituto do tradicional ressuscitação cardiopulmonar (RCP), encontrando-se muitos especialistas nacionais e internacionais apoiando esta sugestão⁴. Os objetivos principais da RCP são prevenir a interrupção ou inadequação da circulação e / ou respiração através do pronto reconhecimento e intervenção, além de dar suporte circulatório e respiratório aos pacientes⁵.

Segundo Pessini, a Pontifícia Academia de Ciências estabeleceu, após reunião com os seus membros, que uma pessoa está morta quando sofreu uma perda irreversível de toda a capacidade de integrar e de coordenar as funções físicas e mentais do corpo. A morte ocorre quando: (a) as funções espontâneas cardíacas e respiratórias cessarem definitivamente, ou (b) se verificou uma cessação irreversível de toda a função cerebral⁶. Os casos de manutenção prolongada de

¹Enfermeira Assistencial do HC IV - INCA / MS. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO. Especialista em Enfermagem Oncológica-Cuidados Paliativos - INCA / MS. Aluna especial do Mestrado em Enfermagem - UNIRIO
E-mail: tia_mano@hotmail.com.br

²Enfermeira Assistencial do HC IV - INCA / MS. Membro da Comissão de Ensino e Divulgação Científica - INCA / MS. Coordenadora do Núcleo de Educação Continuada do HC IV - INCA / MS. Especialista em Enfermagem Oncológica-Oncologia Cirúrgica - INCA / MS. Mestranda em Enfermagem - UERJ. *E-mail:* educont.hc4@inca.gov.br

situações clínicas absolutamente irreversíveis, incluindo os casos de morte cerebral, câncer terminal e insuficiência orgânica múltipla a pontos além do considerado razoável, tendo em vista a total impossibilidade de recuperação daquele determinado paciente, devem ser eticamente avaliados a fim de evitar prolongamento de sofrimento para o paciente e sua família, gastos desnecessários e supressão de um atendimento de cuidados que tragam dignidade ao paciente exclusivamente⁶.

Fazendo uma ligação com o pensamento de Pessini, entendemos que cabe ao médico avaliar o quadro do paciente, no que se refere ao possível estado de irreversibilidade e o prognóstico da doença para contraindicar manobras de ressuscitação e, assim, evitar ressuscitar um paciente para morrer um pouco mais tarde através da instituição de uma terapia agressiva, a qual só irá prolongar o processo agônico, aumentar o desconforto e a dependência, e diminuir a qualidade de vida do paciente e sua família.

OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA

Quando realizamos o questionamento sobre ressuscitação e não-ressuscitação em cuidados paliativos, alguns enfermeiros se posicionaram, baseados na premissa deontológica de que a vida tem que ser preservada a todo custo. Isto se reflete, possivelmente, na opinião da grande parte dos profissionais de saúde, já no século XXI, podendo submeter o paciente à obstinação terapêutica.

Segundo Pessini, no universo secular, a própria morte e a dor muitas das vezes são percebidos como sem sentido e, à medida que escapam do seu controle, são vistas como fracasso pelo médico e pelo enfermeiro⁷. Então, a ênfase recai na luta para garantir a máxima prolongação da vida ou no afastamento da morte. Não devemos esquecer que o avanço técnico-científico, os novos fármacos, os equipamentos sofisticados, as possibilidades de transplantes de órgãos e, mais recentemente, as pesquisas em células-tronco, apontando a possibilidade de "fabricá-los", podem deixar o profissional de saúde vislumbrado pelo paradigma científico-tecnológico e comercial-empresarial⁷, criando uma mentalidade fictícia de combate e superação da morte, que seria superar a própria morte. Talvez essa obstinação em manter a vida, postergando a morte, sem considerar o sofrimento do outro, seja a incapacidade do homem em lidar com o "fracasso" que é, em última instância, a morte do semelhante.

Zaidhaft⁸ relata que os ocidentais, em geral, não vêem

a morte como parte da vida, mas como um castigo ou algo inaceitável e, portanto, um assunto que deve ser evitado.

Apesar de ser uma decisão que causa angústia em todos os que dela participam, oferecer a esses pacientes a opção de não realizar manobras de RCP é conduta amparada moral e eticamente, mesmo não tendo, ainda, aceitação unânime em nosso meio⁸.

CUIDADOS PALIATIVOS

Em cuidados paliativos (CP), a doença avançada, com seu sofrimento e morte, evoca uma atitude de solidariedade e de bom senso universal para com o paciente e sua família. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁹, Cuidados Paliativos são uma abordagem que objetiva a melhoria na qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida, através da prevenção e alívio de sofrimento, através da identificação precoce e avaliação impecável, tratamento de dor e outros problemas físicos, psicológicos e espirituais.

A ausência de maquinário tecnológico, de procedimentos altamente especializados usados no tratamento de pacientes pode confundir com a desvalorização desse saber fazer. Konner afirma que chegamos a ponto de simplesmente não nos sentirmos cuidados, caso não se use a última tecnologia disponível. Não quero com isso desmerecer o avanço tecnológico em CP, pois dele podemos necessitar para o controle da dor e do sofrimento do paciente. Queremos então, deixar claro que, em CP a valorização está na qualidade da assistência, permeada por atitudes éticas nas decisões de cada tratamento, respeitando o binômio paciente / família em seu sofrimento. O objetivo maior da assistência em CP não é manter a vida, mas aliviar o sofrimento, respeitando o indivíduo em sua morte, fomentando uma qualidade de vida. Segundo Cícely Sanders, o objetivo do cuidado paliativo é a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias. E ainda: no cuidado no momento final da vida, quero que você sinta que me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que estiver a nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da morte⁷. A atenção na fase final da vida está no atendimento da totalidade do ser, promovendo o bem-estar global e a dignidade do doente crônico e terminal, garantindo sua possibilidade de viver a sua própria morte e de não ser expropriado do momento final de sua vida⁹.

Andrade e Andrade Filho¹⁰ definem Medicina

Paliativa como aquela cujo principal objetivo é promover o conforto para o paciente nos seus últimos dias. Seus princípios básicos segundo a OMS são estes:

- A morte é um processo normal;
- Não apressar ou retardar a morte;
- Promover alívio da dor e de outros sintomas incomodativos;
- Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais de forma que o paciente possa aceitar a própria morte da forma mais natural e integral possível;
- Oferecer suporte para que o paciente possa viver da forma mais ativa e criativa possível até a morte;
- Oferecer suporte para os familiares durante a doença do paciente e no luto¹⁰.

Elizabeth Kübler-Ross, após a publicação de seu livro *A morte e o morrer*, passou a ser considerada a mulher que mudou a maneira de o mundo pensar sobre esses dois eventos. Neste livro, ela deixa registrado o fato de que o morrer, nos dias de hoje, é considerado triste demais sob vários aspectos, sobretudo por ser solitário, mecânico e desumano. E ainda, pelo fato de o paciente estar sofrendo mais, talvez não fisicamente, mas emocionalmente, pois suas necessidades não mudaram através dos séculos, mudando apenas nossa aptidão em satisfazê-las.

Complementando esta fala, descrevemos um relato do final de vida de um paciente com 78 anos de idade. Contra a sua vontade, ele foi entubado quando estava na hora de morrer. Na manhã seguinte, ao lado do cadáver, a enfermeira encontrou um bilhete com este recado: "Doutor, a inimiga do homem não é a morte, mas a desumanidade"¹¹.

ÉTICA E A RCP EM CP

Pessini afirma que, no mundo desenvolvido, a morte e o morrer deixaram de ser uma questão ética para se tornar uma questão eminentemente técnica. O foco passou a estar mais na tecnologia e na capacidade de operacioná-la do que para quem o homem a desenvolveu. Como, "a criatura tornando-se mais importante do que o criador"⁷. Nesse contexto, a morte é vista como uma abordagem técnica. Questões como manobras de reversão de uma parada cardiorrespiratória ou desligar a prótese ventilatória em paciente agônico, com doença de evolução irreversível, ou já com morte cerebral comprovada, constituem questões essencialmente morais.

Ainda referenciando Pessini, a ética vem como um horizonte, uma meta que inspira, atrai e ilumina o agir humano. Nem tudo o que é tecnicamente possível é necessariamente, por essa mesma razão, admissível do

ponto de vista ético. Podemos até prolongar a vida através da tecnologia, mas indubitavelmente prolongaremos o sofrimento e a dor do paciente/família, quicá de alguns de nós profissionais. A ética vem evocar a sensatez e o respeito com a dor do próximo, vem nos ajudar a aplicar a ciência e a tecnologia no momento e no caso certo. Como usar a tecnologia para efetivar o conforto, o alívio e a dignidade a quem não tem condições de cura e inexoravelmente aguarda a própria morte? Porque o avanço da ciência e da tecnologia também exige a evolução dos valores que representam a vida e pautam nosso comportamento ético e moral com o outro⁶.

Boemer et al.¹² referem que, nos cursos de Enfermagem, devido a atenção às técnicas de prolongamento da vida e às esperanças de recuperação, não há equivalência na atenção em proporcionar conforto àqueles que vão morrer, tornando difícil manter o paciente vivo a todo custo e, simultaneamente, ajudá-lo a morrer de forma digna. Considera-se que decisões que apontam para esses extremos geram conflitos éticos de difícil resolução. Portanto, a equipe deve avaliar a eficácia da terapêutica pretendida, nesse caso a RCP, seus riscos em potencial e as preferências do pacientes reveladas antes do estado agônico, a fim de respeitar a sua dignidade¹².

Boff ressalta que "deixar morrer" não é a mesma coisa que "fazer morrer"¹³. No Brasil, a atitude de "fazer morrer" é considerada como uma prática ilegal. - a eutanásia - que significa abreviar o sofrimento por intermédio de uma morte induzida⁷. Em relação ainda à manutenção de um tratamento como a RCP, o Comitê de Ética da *Society of Critical Care Medicine* publicou uma compilação de idéias que poderiam servir de guia para a suspensão de determinados tipos de tratamentos. O Comitê destaca que a expressão da vontade prévia do paciente é fundamental, trazendo maior facilidade na decisão de não iniciar um tratamento, mais do que a sua suspensão frente a um paciente com grave prognóstico, já com perspectiva de qualidade de vida futura ruim, sendo este tratamento considerado fútil.

Silva descreve os seguintes parâmetros éticos e filosóficos que fundamentam os cuidados paliativos:

- Indivíduos moribundos possuem valores próprios que devem ser respeitados;
- Deve-se respeitar o direito do paciente à autonomia e ao controle;
- A relação entre profissionais de saúde e pacientes deve estruturar-se na integridade e verdade, associadas à sensibilidade e compaixão;
- Deve-se permitir aos pacientes que estão morrendo

viver seus últimos dias de forma consistente com seus valores, crenças e personalidades;

- Cuidado paliativo não tem por objetivo antecipar ou adiar a morte¹⁴.

O Conselho de Ética dos profissionais de Enfermagem, no capítulo IV, art. 42 - Seção das Proibições, registra que é vetado ao profissional de Enfermagem promover a eutanásia ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente¹⁵. Portanto, o enfermeiro não deve participar, ainda que dissimuladamente, do "fazer morrer". Deve, outrossim, agir com compaixão e benignidade no atendimento às necessidades de conforto e alívio do sofrimento do paciente através do cuidado. Este é entendido como toda a ação ou procedimento, que tenha como objetivo o conforto, a segurança, a melhora para a vida ou para a morte. Carper diz que o conhecimento ético, considerado o comportamento moral, vai além de simplesmente conhecerem-se as normas ou códigos de ética da profissão. Ao contrário, inclui todas as ações voluntárias que são deliberadas e sujeitas a julgamentos. A Enfermagem congrega uma série de ações deliberadas, planejadas e implementadas para alcançar determinados objetivos. Ao estabelecermos nossos objetivos na Enfermagem, estamos emitindo julgamentos de valores e tomamos decisões baseadas em escolhas que muitas vezes são conflituosas, pois se chocam com alguns de nossos princípios¹⁶.

Segundo Waldow, quanto mais seguras e certas do que somos, do que queremos, no que consiste o nosso fazer e quanto mais expostas às mais variadas posições filosóficas e habilitadas a fazer uso de pensamento crítico, intuição e sensibilidade, menos árdua será nossa postura frente a um dilema ético. Às escolas formadoras cabe uma parte importantíssima no fomento de uma postura crítica e humana através de uma educação que privilegie a discussão de valores¹⁷. Silva também sugere que se adote dentro do ambiente profissional, dentre outras estratégias, comitês éticos multidisciplinares, conferências e discussões éticas, fóruns éticos de enfermagem e programas educacionais, de forma a possibilitar, às enfermeiras, a aquisição de habilidade, experiência e o conhecimento necessário ao entendimento das dimensões éticas do cuidado paliativo. Promovendo reflexões éticas, a tomada de decisão e os comportamentos irão favorecer o objetivo de prestar um cuidado humano ao paciente moribundo e ao seu familiar¹⁴.

Figueiredo¹⁸, referindo Henderson, diz que a função peculiar da enfermagem é dar assistência ao indivíduo doente ou sadio no desempenho de atividades que

contribuem para manter a saúde ou para recuperá-la, ou ter uma morte suave.

A ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

Conforme relatam Rodrigues e Zago, para nós, enfermeiros, a filosofia dos cuidados paliativos não é totalmente nova, mas vem aprimorar o que já está introjetado em nós, que é o Cuidado¹⁹. Este Cuidado é entendido como ação em todos os tipos de procedimentos que têm como objetivo o conforto, a segurança, a melhora para a vida ou para a morte, conforme já citado.

A prática da assistência em Cuidados Paliativos se confronta todo o tempo com os aspectos emocionais, psicológicos e espirituais dos profissionais que a praticam, mais particularmente da Enfermagem, pois esta está durante todo o período do plantão junto ao leito do paciente, visto a demanda dos sintomas concorrentes e recorrentes durante a sua internação. Esta situação evoca a necessidade de se discutir e pesquisar sobre questões que dizem respeito à experiência do medo, da dor, da angústia, do sofrimento e da morte, a fim de responder às nossas próprias indagações, aos sentimentos e valores humanos; e de nos preparar, cada vez mais, para lidar com os anseios, as reações e as necessidades do paciente / família.

O cuidado com o outro - que é a essência da Enfermagem - deve ser indagado, pesquisado e buscado na sua excelência, pois o Cuidado, que é milenar, tem o poder de penetrar, como os aparelhos de imagens penetram radiografando o escondido órgão; tem o poder de estimular o paciente moribundo a se comunicar, ainda que seja com um gesto ou um olhar.

Boff afirma que o cuidar abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro²⁰. E, somando a esta afirmação, pensamos que a Enfermagem deve ter uma postura de empatia, colocando-se no lugar do outro com a finalidade de sentir o que o outro está sentindo para desprender ações que amenize ou afaste o incômodo. Percebemos que a Enfermagem faz isso o tempo todo, através do tempo demorado no leito do paciente, nas solicitações junto a outros profissionais na satisfação do paciente, quando foge à sua capacidade técnica ou científica, a provisão dos subsídios para prover procedimentos necessários para o conforto, o diagnóstico...

Na formação acadêmica do enfermeiro, a morte não foi vista como poderosa inimiga invencível, pois em

seu estágio nas Unidades de Tratamento Intensivo e nas Unidades de Emergência, quando bem aparelhadas, dispostas de ventiladores mecânicos, drogas potentes e profissionais altamente qualificados, são encorajados a pensar que, utilizando-se do melhor conhecimento científico, poderão derrotar a morte e manter a vida.

As atitudes usuais são voltadas para a manutenção da vida e o controle das emoções; ainda que aplicadas todas as possibilidades tecnológicas de manutenção da vida, caso o paciente venha a morrer, sentir-se com o dever cumprido. E quando se deparava com um paciente fora de possibilidade de cura à beira da morte, as reações e emoções eram diferentes, gerando um sentimento de impotência frente à constatação de que não adiantaria toda a tecnologia de manutenção da vida - a morte era indubitavelmente real. A morte então, é vista de frente, assim como ela é: uma possibilidade permanente, pessoal, intransferível e presente a cada dia, a partir do nosso nascimento²¹.

Como disse Boff: o cuidar abrange mais que uma atitude; é uma ocupação, uma preocupação. E, nesse caso, cuidar de pacientes fora de possibilidade de cura é abraçá-lo, e envolvê-lo sim do medo da morte, ou melhor, ter consciência de que ela existe para todos. Porém, nesse momento, o morrer está com o paciente, de quem você é responsável para fazê-lo morrer bem, com dignidade. Ciente de que o câncer venceu aquele corpo débil, porém o respeito e o cuidado não morreram em você; de que esse paciente/família precisa de sua ocupação, preocupação, de seu zelo, do seu desvelo. E que toda a tecnologia atual, ora precisa, ora fria e agressiva não poderá substituir o calor do cuidado dispensado ao paciente agonizando a morte.

O cuidado, como disse a Dra Maria Aparecida de Luca, é a essência da nossa profissão²². Endossamos a sua afirmação dizendo que o cuidado é, para a enfermagem, o estetoscópio que os médicos trazem no pescoço; ele é o nosso instrumento fundamental; é a nossa lupa; é a nossa droga reanimadora de primeira linha; é o nosso kit de reanimação... O cuidado é um colo, é tudo que o paciente / família precisa ter quando na iminência da morte.

Após levantamento bibliográfico sobre reanimação em Cuidados Paliativos e sobre o papel da Enfermagem na palição oncológica, concluímos que o assunto deve ser abordado mais entre todos os profissionais de saúde dentro ou fora da oncologia, pois esta clientela está espalhada por todas as unidades assistenciais; deve ser pesquisado e discutido a fim de que se mude o paradigma de que tenha que buscar a manutenção da vida quando

esta está esgotada por uma doença cruel e mutilante, infligindo aqueles que tratam e aqueles que são tratados. A Enfermagem deve amadurecer mais para saber o momento de estar corajosamente ao lado do moribundo; em vez de se sentir desvalorizada por não ter a tecnologia de ponta para manter a vida de um paciente terminal, deve amadurecer para, eticamente, contribuir com o conforto, a dignidade no processo de morte de seus pacientes; deve amadurecer para expor em congressos suas pesquisas e reflexões feitas a respeito da dignidade humana e sobre os cuidados requeridos por esse tipo de paciente. Cuidar na fase de palição significa cuidar da ferida que precisa de óleo e não de cirurgia.

Precisamos repensar, resignificar primeiro, em nosso meio profissional, os valores morais e éticos que envolvem a dignidade do ser humano em sua finitude. Não podemos condenar o paciente a aceitar o martírio do sofrimento até a morte através da RCP, a despeito da nossa incapacidade de lidar ou aceitar a morte. Essa é que faz parte da vida.

REFERÊNCIAS

1. Rezende JM. Ressuscitação ou reanimação? [consulta eletrônica]. [acesso em 01 maio 2006]. Disponível em <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/ressuscita%C3%A7%C3%A3p.htm>>
2. Stedman Medical Dictionary / Dicionário Médico Stedman. 23a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1185p; 1979.
3. Wikipedia. Morte. [consulta eletrônica]. [acesso em 08 maio 2005]. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/morte>>
4. American Heart Association. Suporte avançado de vida em cardiologia. Fundación Interamericana Del Corazón; 1997.
5. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; 1993.
6. Pessini L. Eutanásia - por que abreviar a vida? São Paulo: São Camilo; 2004:55.
7. Pessini L. Distanásia - até quando prolongar a vida? São Paulo: São Camilo; 2001:182.
8. Zaidhaft S, Batista AD, Rego GC, Bines J, Rubnstein L, Drumond LEF. O estudante de medicina e a morte. Psicossomatia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
9. Brandão C. Câncer e cuidados paliativos: definições. In: Associação Brasileira de Cuidados Paliativos [homepage na internet]. [acesso em 14 ago 2006]. Disponível em: <<http://www.cuidadospaliativos.com.br>>
10. Andrade JCC, Andrade Filho ACC. Estamos preparados para a Medicina Paliativa no Brasil? In: Associação Brasileira de Cuidados Paliativos [homepage na internet]. [acesso em 9 ago 2005]. Disponível em <<http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cdTexto=25>>

11. Moritz RD. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
12. Boemer MR, Rossi LRG, Nastari RR. A idéia da morte em unidade de terapia intensiva: análise de depoimentos. In: Cassorla RMS (ed). Estudos brasileiros da morte. Campinas: Papyrus; 1991:145-57.
13. Boff L. O direito de morrer. [consulta eletrônica]. [acesso em 20 maio 2006]. Disponível em: <<http://www.jbonline.terra.com.br>>
14. Silva LMG. Aspectos éticos e cuidados paliativos. In: Associação Brasileira de Cuidados Paliativos [homepage na internet]. [acesso em 14 ago 2006]. Disponível em <<http://cuidadospaliativos.com.br>>
15. Ribeiro DC. Eutanásia: viver bem não é viver muito. [consulta eletrônica]. [acesso em 07 ago 2008]. Disponível em < http://www.universia.com.br/html/materia/materia_ggcf.html > Acesso em 7 ago 2006.
16. Carper BA. Fundamental patterns of knowling in nursing. *Adv Nurs Sci*. 1978;1(1):13-23.
17. Meyer DE, Waldow VR, Lopes MJM. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
18. Figueiredo MTA. Educação em cuidados paliativos - uma experiência brasileira. *Prática Hospitalar*. 2001;2(17):43-48.
19. Pimenta CAM. Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia. São Paulo: Manole; 2006.
20. Boff L. Saber e cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. 8a ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
21. Cardim MG, Rangel DLO, Nascimento MAL, Almeida MFPV, Figueiredo NMA. Cuidando de crianças com um prognóstico sombrio - Uma prática conflitante da equipe de enfermagem. *Enfermagem Brasil*. 2005; 4(3):149-155.
22. Nascimento MAL. Editorial: O que é que o enfermeiro faz? *Enfermagem Brasil*. 2005; 4(3):136.

A não-ressuscitação, do ponto de vista dos pacientes, em uma Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos

Ligia Py

INTRODUÇÃO

A tarefa de falar do ponto de vista dos pacientes nos coloca na impossibilidade de saber da experiência do outro frente à sua morte. Viver o processo de morrer e efetivamente morrer é experiência única, singular de cada ser humano, que reserva a nós, na condição de profissionais observadores e acompanhantes, apenas suposições, pálidas idéias, confusões identificatórias e contratransferenciais, capazes tão somente de nos impulsionar a hipóteses que aliem a nossa sensibilidade ao estudo e à investigação persistente.

De acordo com Elias¹, o ser humano tem conhecimento da sua finitude, mas reconhece a morte como natural, suavizando a angústia e acendendo a esperança nas possibilidades de controle que os humanos vêm realizando nos processos naturais. E Daniel², vivendo a aproximação da sua morte, nos adverte que saber-se finito é muito diferente de sentir-se mortal.

Pretendemos desenvolver algumas idéias nesse sentido, a partir das diferenças entre o reconhecimento da finitude humana e a realidade da morte pessoal. Apresentamos uma proposta dos cuidados paliativos para o atendimento aos pacientes ao final da vida e, na dimensão bioética, a crítica à exclusão e à iniquidade que avassalam o sistema de saúde, ressaltando-se o ideal de "justiça com equidade". Seguimos trazendo, tão somente à guisa de ilustração, fragmentos da história de uma adolescente que morreu acometida de câncer ósseo em fase muito avançada. Finalizando, propomos a inclusão de reflexões de ordem psicológica na formação continuada dos profissionais que trabalham com pacientes ao final da vida. A nosso ver, essa é uma

possibilidade interessante de favorecer a autocompreensão e a aproximação compreensiva do outro, quando os profissionais, trabalhando no cenário da incúria e da terminalidade, confrontam a sua própria mortalidade.

Saber-se Finito e Sentir-se Mortal

Por que nascemos para amar, se vamos morrer?

Por que morrer, se amamos?

Por que falta sentido

Ao sentido de viver, amar, morrer?

Carlos Drummond de Andrade

A aproximação da morte de uma pessoa com câncer avançado em condições de irreversibilidade, que percorreu um longo percurso de investigação e tratamento, melhoras e recidivas, já se reveste de características especiais desde a relação que ela cria com o seu adoecimento. Cada paciente possui um código pessoal de conceitos, desenvolve o seu próprio processo de adoecer e de morrer, mantém uma relação peculiar com a sua doença e a sua morte³. Nos momentos finais, é hora de viver o paradoxo da evidência imaginária da sua imortalidade, contraposta a uma outra evidência objetiva e concreta da metamorfose que o conduz ao último dos seus dias. Esforços inúteis de ressuscitação apenas alimentam a ilusão de curá-lo da sua morte, de retirá-lo da sua própria humanidade.

Ausente do inconsciente, a morte se faz presente na vida do homem e o seu acontecimento provoca o ferimento narcísico, nascido da frustração das ilusões de onipotência e imortalidade. Fantasias desmanchadas, particularmente na situação de uma doença progressiva

Secretária Geral da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Membro do Conselho de Bioética do Instituto Nacional de Câncer - INCA / MS. E-mail: ligiapy@oi.com.br

e incurável, revelam a realidade da finitude humana vivida em sofrimento profundo. A propósito, Freud⁴ nos fala em "Reflexões para os tempos de guerra e morte" que, no inconsciente, estamos todos absolutamente convencidos da nossa imortalidade. Mesmo quando nos pomos a pensar na nossa própria morte, sempre o fazemos como espectadores.

Os últimos momentos da vida devem significar o reconhecimento do ponto em que o paciente desiste, renuncia às formas de tratamento, quando ele está situado entre a precariedade da condição orgânica e a permanência na sua condição de sujeito desejante. Nessa circunstância, a inteireza da pessoa é fundamental, no quadro das dispersões geradas pelos agravos ao seu corpo moribundo. Estar com ele, viabilizando toda forma de cuidado que lhe assegure alívio e conforto, aproximamos da lembrança de Mannoni⁵ de que o sentimento amoroso é o fio que liga os humanos à vida, estendido num "espaço de sonho", em que nos colocamos disponíveis a escutar e acompanhar os que estão morrendo.

As circunstâncias da aproximação da morte de pacientes com câncer avançado, que levam um longo tempo nas proximidades da morte, reacendem a discussão da alta tecnologia biomédica e da práxis paliativa, confrontando dilemas éticos das decisões profissionais, preocupações dos familiares e o modo peculiar de o paciente perceber o sentido da sua vida e da sua morte. A pretensão dos cuidados paliativos, na observação de Menezes⁶, é inovar na concepção do que é vida e, especialmente, em significações outras para a morte.

Vale lembrar que a Organização Mundial de Saúde (WHO)⁷ define cuidado paliativo como "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".

O modo como cada paciente vive a sua terminalidade tem a ver também com as circunstâncias em que ele está sendo cuidado, na dinâmica da ética das relações que se criam entre ele e os profissionais que o assistem. Assim, cremos que o ponto de vista do paciente em relação à não-ressuscitação deve ser engendrado na articulação da sua história pessoal com as relações humanas e as circunstâncias do cenário da sua morte.

Aqui se põe uma proposta de Drane e Pessini⁸, trazendo a bioética como um "motivo de esperança, impulsionando reflexões e ações transformadoras que

privilegiem a pessoa humana como o bem mais precioso a ser cuidado com competência técnico-científica e ética. Sem dúvida este é o maior desafio que temos pela frente, seja no cotidiano que carrega as marcas da exclusão e da iniquidade, seja na fronteira do conhecimento científico, em que a pessoa pode simplesmente ser transformada num detalhe ou objeto de "uso e abuso".

Para pensarmos no ponto de vista dos pacientes em relação à não-ressuscitação ou a qualquer outra prática em saúde, num país de desigualdades abissais como o nosso, devemos considerar a dimensão protetora na compreensão da bioética, que se estende à saúde pública, como assinalam Pontes e Schramm⁹. Nessa formulação, é evocado o sentido etimológico arcaico de *ethos* como "guardado", lugar de proteção dos animais e, por extensão, dos seres humanos, contra os perigos da natureza e de qualquer outra ordem. As situações de desigualdade de acesso são um problema da responsabilidade do Estado que tem a seu cargo resolvê-lo com o desenvolvimento de políticas públicas adequadas. O ideal de "justiça como equidade" sempre irá debater-se no conflito entre as "políticas de universalização" responsáveis pela distribuição dos bens para todos, e as "políticas de focalização" responsáveis pela eleição das pessoas e os bens que devem ser distribuídos.

Entre uma coisa e outra, ou aquém e além delas, encontram-se os pacientes ao final da vida, na solidão absoluta da sua terminalidade, tantas vezes sem ter a oportunidade de cogitar manobras de ressuscitação, sem ter sequer alguém "que testemunhe o seu inacabamento"¹⁰.

A Chegada da Morte

E agora, José?

A festa acabou.

sem cavalo preto

que fuja a galope

quer abrir a porta,

não existe porta;

José, e agora?

Carlos Drummond de Andrade

Imaginamos que, na impossibilidade de compreender o incompreensível, nossos pacientes no impasse fatal da vida se debatem em protesto, genuinamente humano, contra a morte. Lançam mão dos seus recursos disponíveis, precários ou exaltados, de esperança e de fé, expressões de um apego-medo, exauridos de sustentarem os últimos fiapos de vida, fazendo-se mortes

anunciadas na solidão da sua mais pura singularidade.

NO SONO DE "S", A DESISTÊNCIA

S "trabalhara" junto com os profissionais que a atenderam, na sua condição de adoecida, com toda a força da sua fé e poder da esperança, até o momento em que anunciou o sono derradeiro, queria "dormir": "Chega, não agüento mais".

O que fez a desistência? Havia ali em que insistir? Duas cirurgias, demasiados medicamentos, exercícios, próteses, internações, consultas várias. Os cabelos foram e voltaram. Irmãos, primos e tios raspam seus fios em solidariedade criativa, animada e muito sofrida. Cobrira a cabeça vazia com todas as cores e texturas dos lenços recebidos em presentes de amor, de toda gente conhecida e até desconhecida, conhecedora da sua história triste. Chorou, gritou, amaldiçoou, xingou e recolheu toda a amargura para transformá-la em poder e força de cuidar-se. Dançou, namorou, cantou na gostosura das festas simples do seu Interior de nascença, gastando a beleza, machucada pela doença, de uma adolescência que não avançaria. Foi dengada pela mãe só dor, avó aflita, toda a família, vizinhos e mais. Recebeu convincentes cuidados gentis dos profissionais, a quem parecia inspirar imensa ternura.

(...) *E, agora...
sem cavalo preto
que fuja a galope
quer abrir a porta,
não existe porta
(...).*

Parece que experimentava a mais absoluta solidão, trazida por Oliveira¹¹ como aquela "que se apodera [...] quando não tem mais a quem ou a que se apegar. Quando desaparecem os pontos de referência. Quando não há sinais que mostrem os caminhos. Quando não há mais muita coisa a esperar [...] Aquela que expressa os vestígios mais frágeis de nossa humanidade e que só se deixa mostrar através dos fragmentos de nosso sofrimento".

Queria, sim, viver, ressuscitar da doença que a exauria, mas pediu o sono (eterno?) que talvez lhe dissesse mais à angústia da dispnéia fatal do que qualquer oferta de ressuscitação para retorno à gravidade sofrida que a consumia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nada sabemos da morte. Escutar e acompanhar os pacientes na aproximação da sua morte, entretanto, pode

nos revelar segredos intangíveis para a persistente reinvenção da vida.

O trabalho profissional desenvolvido com os pacientes e seus familiares, no cenário das doenças incuráveis e da morte, exige uma formação especial que inclui a objetividade da atualização permanente do conhecimento em avanço avassalador, tanto quanto a subjetividade que rege a dinâmica das relações profissionais - pacientes - familiares. O convívio, as observações sistemáticas e as intervenções, nesse caso, levam os profissionais a confrontarem a sua própria mortalidade, que os tornam vulneráveis para situações potencialmente geradoras de conflitos internos. Esses conflitos, não trabalhados internamente, tendem a isolar o profissional e a comprometer o seu desempenho, tornando-se fatores de intenso sofrimento pessoal, com conseqüências imprevisíveis.

Para além e aquém do uso de técnicas e manobras da biotecnologia, o propósito é evitar as estereotipias criadas pelo isolamento profissional que favorece o encobrimento das dificuldades implicadas na assistência aos pacientes ao final da vida e seus familiares, assim como na relação entre os profissionais, conduzindo à ilusão alienante de onipotência, que castra a legitimidade do encontro humano.

O encontro com esses pacientes pode ser um rico manancial de experiências pessoais e profissionais, justamente pela oportunidade de vivermos situações-limite, nas quais acontece a radicalidade humana.

REFERÊNCIAS

1. Elias N. A solidão dos moribundos. Envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.
2. Daniel H. Anotações à margem do viver com AIDS. Saúde e loucura 3. Dir. Antonio Lancetti. São Paulo: Hucitec; 1991:3-20.
3. Ferrari H, Luchina N, Luchina Il. La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario. Cap. II. Buenos Aires: Nueva Visión; 1980.
4. Freud S. Reflexões para os tempos de guerra e morte (1915). In: Obras Completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1980:327-39.
5. Mannoni M. O nomeável e o inominável: a última palavra da vida. Rio de Janeiro: Zahar; 1995.
6. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond: Fiocruz; 2004.
7. World Health Organization. Report: Palliative Care - The Solid Facts. Copenhagen, 2004.
8. Drane J, Pessini L. Bioética, medicina e tecnologia: desafios

- éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola; 2005.
9. Pontes CA, Schramm FR. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. [acesso em 15 jun 2006]. Cad Saúde Pública. 2004;20(5). Disponível em: <<http://www.scielosp.org/csp.htm>>
 10. Oliveira PS. Vidas compartilhadas: cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana. São Paulo: Hucitec/Fapesp; 1999.
 11. Oliveira JF. Solidão. In: Pacheco JL, Sá JLM, Py L, Goldman S (orgs.) Tempo: rio que arrebatou. Holambra/SP: Setembro; 2005:219-25.

Aspectos filosóficos e bioéticos da não-ressuscitação em medicina paliativa

Fermin Roland Schramm

INTRODUÇÃO

A questão da não-ressuscitação e de seu antônimo, a ressuscitação, é complexa e problemática, pois concerne a vários tipos de saberes e competências que são de fato distintos, mas, também, cada vez mais relacionados - nisso é complexa - e porque suas práticas implicam cosmovisões e escalas de valores que podem entrar em conflitos e caracterizar autênticos dilemas morais - nisso é problemática.

É complexa e problemática por ser ao mesmo tempo semântica, existencial, médica, filosófica, bioética, jurídica, psicanalítica e, provavelmente, religiosa, pois diz respeito à vida e à morte, a uma possível relação conceitual entre vida e morte de difícil interpretação e, certamente, muito problemática emocionalmente para pacientes, familiares, médicos e qualquer outro envolvido diretamente.

Em outros termos, trata-se de questão polêmica devido ao mudado contexto em que se discutem, hoje, os critérios de morte; o direito à saúde e ao bem-estar; as políticas de alocação de recursos e, por conseguinte, o difícil equacionamento entre o valor da vida *per se* e aquele da vida para seu titular, sintetizável pela oposição clássica em bioética entre o Princípio da Sacralidade da Vida (PSV) e o Princípio da Qualidade da Vida (PQV), que podem ainda ser considerados os dois princípios gerais norteadores das discussões bioéticas na atualidade.

Por fim, enxergada do ponto de vista da ética aplicada, em particular abordando-a pelas ferramentas da bioética, a questão deve ser vista também em sua dimensão pragmática porque implica em decisões (*do-not-*

resuscitate decisions) que podem dizer respeito a qualquer um de nós que, por uma razão ou outra, tenha uma parada cardíaca e/ou respiratória, razão pela qual temos que considerar que todos somos "possíveis candidatos à ressuscitação"¹.

A seguir serão abordados, de maneira introdutória, alguns aspectos filosófico-existenciais e, mais especificamente, bioéticos do problema, tendo sempre como preocupação mostrar as implicações de sentido, pois considero que a solução de eventuais problemas semânticos pode esclarecer o debate e prover os argumentos cogentes necessários (embora certamente não suficientes) para tentar amenizar os conflitos evitáveis para qualquer agente moral racional em suas análises, e razoável em sua prática.

O QUE QUER DIZER, AFINAL, "NÃO RESSUSCITAR"? ALGUMAS IMPLICAÇÕES FILOSÓFICAS

A expressão "decisão de não ressuscitar" (*do-not-resuscitate decision*, DNR), que acompanha as expressões "políticas de não-ressuscitação" (*do-not-resuscitate policies*) e "protocolos de não-ressuscitação" (*do-not-resuscitate protocols*)¹ é uma expressão densa de sentido e com várias conotações, que podem desorientar e ter, portanto, conseqüências negativas nas tomadas de decisão.

Em primeiro lugar, temos o problema da interpretação / tradução do termo inglês *resuscitation* pelo termo português "ressuscitação", que é uma tradução densa de conotações que merecem esclarecimentos. Para tentar dar conta ou evitar tais conotações - que podem trazer mais dificuldades do que soluções e complicar inutilmente algo já complexo, como

Bioeticista. Pesquisador Titular do Departamento de Ciências Sociais, da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP / FIOCRUZ. Presidente da Sociedade de Bioética do Estado do Rio de Janeiro. Coordenador do Conselho de Bioética do Instituto Nacional de Câncer - INCA / MS. E-mail: roland@ensp.fiocruz.br

a decisão de deixar morrer alguém ou fazer tudo para "trazê-lo de volta" - outras línguas adotaram a raiz latina popular (pré-cristã) *re-animare* em vez da outra (de origem cristã), *re-suscitare*. Assim, temos, por exemplo, o francês "*réanimation*", o italiano "*rianimazione*", o espanhol "*reanimación*" e até o alemão "*reanimation*". De fato, em português, temos também o verbo "reanimar" e pode-se perguntar por que não utilizar este, bem menos problemático do que o outro: "ressuscitar".

Em segundo lugar, temos uma proximidade semântica inevitável em nossa cultura entre a dialética ressuscitar / não ressuscitar e a prática da obstinação terapêutica / eutanásia, sendo que a eutanásia é muitas vezes confundida com seu antônimo, a distanásia, e até com o assassinato de pacientes, devido à importante, e compreensível - embora não necessariamente razoável - carga emocional envolvida no debate, que o torna um dos mais polêmicos da bioética².

Mas, por outro lado, pode-se também argumentar que a utilização do verbo "ressuscitar" justificaria-se porque a realidade à qual se refere (como nos casos abordados em saúde referentes à terapia intensiva e, sobretudo, aqueles referentes às paradas cardiorrespiratórias em doentes assim chamados "terminais") seria de fato densamente problemática, porque teria a ver com algo praticamente não representável satisfatoriamente: a finitude e a morte, a qual sempre é pensada - na melhor das simbolizações possíveis - como "morte do outro", mas quase nunca como morte de si mesmo.

Em outros termos, não é dito - e isso contrariamente a uma longa tradição do imaginário da filosofia ocidental - que filosofar seja uma adequada preparação à morte e que se possa aprender algo "útil" sobre o morrer ou que exista algo sensato a aprender sobre este evento único para cada um que o vive e que é, portanto, não repetível e vivenciado como logicamente absurdo, embora seja uma experiência corriqueira de cada ser vivo junto com os outros. Em suma, ao pensar a morte, e tendo a pretensão de aprender algo com isso, só poderia pensar minha morte, mas sem conseguir pensá-la de fato, e podendo tão só pensar a morte do outro, o que não me serve em nada para pensar a minha, pois não se trata de uma relação transitiva. E este parece ser o grande mistério da morte e a grande frustração do humano que é ao mesmo tempo um ser pensante e um ser que morre, mas que é também amplamente um ser do inconsciente, sujeito da emoção e do recalque.

Como ser pensante, o humano se depara com o mistério mais profundo da vida porque se dá conta de

que, no fundo, não existe nenhuma boa razão do ser que ele é deixar de ser; ou seja, ao pensar, o humano só se dá conta de que o ser não implica a sua aniquilação, embora pressinta, em muitas ocasiões, a proximidade do aniquilamento. Este é de fato uma intuição muito antiga, que vem pelo menos desde a época de Parmênides, para quem pensar o não ser não faria literalmente sentido, pois o desaparecimento do ser não está no ser e só pode vir de fora dele, isto é, do devir. Mas, por outro lado, a morte é um fato, pois os seres são seres de tempo (como intuiu Heidegger), que mudam e ... desaparecem, embora talvez sem razão.

Isso é tão verdadeiro que muitos filósofos negaram que a morte fosse um problema filosófico, contrariando, assim, o ditado de Platão (e reiterado por Sêneca e Montaigne, dentre outros) segundo o qual filosofar seria aprender a morrer e que seria esta a verdadeira sabedoria.

Spinoza, por exemplo - contrariando Platão e Montaigne - dizia que a sabedoria não era a meditação sobre a morte, mas, ao contrário, aquela sobre a vida.

E o velho mestre da desconstrução, Jacques Derrida³, numa das últimas entrevistas concedidas antes de morrer em 2004, a *Le Monde*, afirmara que nunca tinha verdadeiramente aprendido a viver, porque nunca tinha aprendido a morrer, ou seja, a "*aceitar a mortalidade absoluta, sem salvação, nem ressurreição, nem redenção, nem para si, nem para o outro*", ficando, portanto, "*não educável à sabedoria do saber-morrer*"; e isso porque "*aprender a viver é sempre narcisístico: queremos viver o mais possível, nos salvar, perseverar e cultivar todas aquelas coisas que (...) fazem parte deste pequeno "eu" (...). Pedir-me para renunciar aquilo que me formou, aquilo que amei tanto, é como pedir-me para morrer*"³.

Em suma, é provável que a angústia da morte esteja intimamente ligada à incapacidade que temos de pensar a morte racionalmente, a qual está sempre recalcada, e uma prova disso é que sabemos que devemos morrer, mas dificilmente aceitamos este saber, inclusive inventando expressões como ressuscitar e não ressuscitar, que remetem, semanticamente, à possibilidade/impossibilidade de voltar da condição de morto.

Outro filósofo desaparecido, Vladimir Jankélévitch⁴, considerara que "*na medida em que a morte é a destruição de todo futuro (...) ela é desesperadora*", fato inaceitável, pois "*sei [que morrer]ei, mas não estou intimamente persuadido. Se estivesse persuadido, totalmente seguro, não poderia viver*" e é por isso que "*aplico a morte aos outros*" e muitos se refugiam "na esperança religiosa que devolve sentido à existência"⁴, ou seja, aquele indicado pela dupla ressuscitação / não-ressuscitação.

RELEVÂNCIA MORAL DAS DECISÕES DE RESSUSCITAR / NÃO RESSUSCITAR - IMPLICAÇÕES BIOÉTIICAS

Se ninguém aceita a própria morte, porque não decidir ressuscitar qualquer paciente, em vez de se dar ao trabalho de ter que decidir: quem salvar e quem não? Afinal, se salva uma vida o que, em princípio, é algo intuitivamente bom. Ademais, de acordo com o Juramento de Hipócrates, o médico existe para preservar a vida, não a morte, pelo menos sempre que puder. Por fim, a ciência médica é uma forma de saber que progride e que deixa sempre aberta a possibilidade de que alguma doença ou moléstia incurável hoje não o seja mais amanhã. Mas, por outro lado, exemplos recentes (como o polêmico e difundido caso Terry Schiavo) e algumas produções culturais (como os filmes *Mar Adentro* e *One Million Dollar Baby*) mostraram também para o grande público, que os argumentos intuitivos são sempre questionáveis quando se trata de decidir sobre a vida e a morte.

De fato, o que está em jogo é - de acordo com a vigência do PQV - a "qualidade" do morrer e aquela do sobreviver para o titular daquela vida ou daquela morte que está em jogo. Em suma, a ressuscitação / reanimação pode ser não um prolongar a vida de alguém, mas tão somente sua doença e seu sofrimento. E aí a questão se torna um cálculo de probabilidade (ou chances de sobrevivência) e de ponderação entre riscos e benefícios, ou de beneficência X maleficência trazidos pela prática de reanimação / ressuscitação. E no momento em que tal prática, que visa em princípio prolongar a vida, isto é, algo que é em princípio bom, implica prolongar a doença e, conseqüentemente, criar um novo patamar de sofrimento, entra necessariamente a bioética com suas ferramentas para tentar dirimir moralmente a questão.

PAPEL DA BIOÉTICA

A bioética - por vocação e / ou por responsabilidade - ocupa-se de conflitos e dilemas que surgem entre agentes e pacientes morais, que são sempre seres vivos, sendo que os primeiros devem, ademais, ser humanos e possuir uma competência cognitiva e moral suficientemente desenvolvida e atuante para poderem agir livremente e serem responsabilizados por seus atos. Dito de maneira um pouco mais precisa, a bioética é uma forma de saber, ou de saber-fazer, que "se ocupa" dos conflitos e dilemas morais implicados pelas práticas humanas que podem ter, ou têm, efeitos significativos irreversíveis sobre outros humanos (e eventualmente outros seres e sistemas vivos).

Os conflitos podem ser de interesses ou de valores e, muitas vezes, trata-se das duas coisas ao mesmo tempo, tornando-se difícil fazer uma separação estrita

entre eles, pois um interesse é quase sempre acompanhado de uma justificativa valorativa que pretende legitimá-lo aos olhos do outro com quem posso entrar em conflito, ao passo que atrás de um valor manifesto pode, de fato, estar um interesse que pretendo esconder do outro.

Mas a bioética, como uma das mais importantes "éticas aplicadas" (que, a rigor, é uma expressão redundante, pois uma ética tem sempre alguma aplicação⁵), surgida a partir da segunda metade do século XX, deve enfrentar um duplo desafio: (1) aquele de tentar dar conta da imensa complexidade do *ethos* (ou "fenômeno da moralidade"), que - de acordo com Ricardo Maliandi - inclui a sua própria "tematização", representada pela ética⁶ e (2) aquele de tentar dar conta, ao mesmo tempo, do aspecto inevitavelmente conflituoso do *ethos* e da necessidade de enfrentar, em seu nível normativo ou - como precisa Maliandi - em sua "facticidade normativa"⁶, a conflituosidade por alguma forma de acordo ou "convergência", legítimos dos atores em conflito.

Se voltarmos à definição inicial, para completá-la, podemos dizer que a bioética, assim como a conhecemos hoje, pode ser vista como o conjunto de ferramentas teóricas e práticas necessárias para compreender a conflituosidade e as convergências existentes no *ethos* e resultantes das ações de agentes morais necessariamente humanos que envolvem outros humanos ou outros seres vivos, conhecidos como pacientes morais, e que têm, ou podem ter efeitos significativos irreversíveis sobre tais pacientes.

É importante insistir sobre a expressão efeitos irreversíveis, e isso por dois motivos. Primeiro porque se uma ação pode ser revertida em seus efeitos, não se pode a rigor falar em dano. O segundo motivo tem mais a ver com o tema das decisões sobre a vida e a morte implicadas pela temática das decisões acerca da não-ressuscitação.

Mas a bioética pode ter, ainda, uma terceira tarefa, sintetizada pelo princípio de proteção e que consiste em dar amparo ou guarida a quem não pode amparar-se sozinho e queira ser amparado. É provável que muitos casos de tomada de decisão entre ressuscitar / não ressuscitar ou, melhor dito, reanimar / não reanimar, enfrentados pelos profissionais que trabalham com casos de fim de vida, possam ser abordados a partir deste olhar protetor de uma bioética mínima, que chamo de bioética da proteção.

CONCLUSÕES

Ressuscitar / reanimar ou não é certamente um problema dos médicos, os quais, em alguns casos de

luta contra a morte, podem só prolongar a doença, o sofrimento e, paradoxalmente, lutar contra o interesse do paciente que não quer mais sofrer (como o personagem principal de *Mar Adentro*), o que pode, eventualmente, ser expresso num "testamento vivo", no qual o paciente, livre e espontaneamente, inscreveu suas diretrizes antecipadas sobre o que fazer nos casos em questão. Mas, por outra parte, é sempre possível questionar a validade de um documento desse tipo, sobretudo tendo em conta as possíveis mudanças de opinião do paciente ao longo do tempo e tendo em conta os avanços de efetividade nos tratamentos. É por isso que a questão é complexa e problemática, o que requer uma postura que possa ser defendida com bons argumentos e coerência, sempre tendo em mente que a própria mente humana é um fenômeno complexo que tem tanto uma dimensão consciente e normativa como uma dimensão mais sensitiva e inconsciente, dimensões que podem ser integradas na bioética do fim da vida como ferramentas para evitar o sofrimento desnecessário de um paciente que tem o direito de decidir sobre a

qualidade de sua morte da mesma maneira que decide sobre aquela de sua vida.

REFERÊNCIAS

1. Van Delden JJM. Do-not-resuscitate decisions. In: *Encyclopedia of Applied Ethics*. San Diego, California: Academic Press; 1998;1:839.
2. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004;9(1):31-41.
3. Derrida J. Sono in guerra com me stesso. *Aut aut*; 324:4-12, Milano: *Il Saggiatore* [tradução da entrevista concedida a Jean Birnbaum. In: *Le Monde* de 19 de agosto de 2004].
4. Jankélévitch V. *Pensar la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica; 2004:25-28.
5. Schramm FR. O impacto da bioética na "evolução" da moral comum: o caso das éticas aplicadas. In: Neves MCP, Lima M. *Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades*. Coimbra: São Camilo; 2005:213-23.
6. Maliandi R. *Ética: conceptos y problemas*. 3a ed. Buenos Aires: Biblos; 2004.

Aspectos psicanalíticos da não-ressuscitação em medicina paliativa

Marlene Braz¹, Rosalee Istoe Crespo²

(...)

Morrer, que me importa?

(...) *O diabo é deixar de viver.*

A vida é tão boa! Não quero ir embora.

Mário Quintana

(...)

E eu fico a imaginar se depois de muito navegar a algum lugar enfim se chega...

O que será, talvez, até mais triste.

Nem barcas, nem gaiivotas.

Apenas sobre humanas companhias...

Com que tristeza o horizonte avisto, aproximado e sem recurso.

Que pena a vida ser só isto..

Cecília Meireles

Não só os poetas escrevem sobre a morte. Rubem Alves¹ também fala sobre a morte e sua experiência a partir de dois relatos pungentes, e que muito têm a ver com o assunto que me propus a desenvolver. Ele escreve:

(...) *Mas tenho muito medo do morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza.*

Mas a medicina não entende. Um amigo contou-me dos últimos dias do seu pai, já bem velho. As dores eram

terríveis. Era-lhe insuportável a visão do sofrimento do pai. Dirigiu-se, então, ao médico: "O senhor não poderia aumentar a dose dos analgésicos, para que meu pai não sofra?". O médico olhou-o com olhar severo e disse: "O senhor está sugerindo que eu pratique a eutanásia?".

Há dores que fazem sentido, como as dores do parto: uma vida nova está nascendo. Mas há dores que não fazem sentido nenhum. Seu velho pai morreu sofrendo uma dor inútil. Qual foi o ganho humano? Que eu saiba, apenas a consciência apaziguada do médico, que dormiu em paz por haver feito aquilo que o costume mandava; costume a que freqüentemente se dá o nome de ética.

Um outro velhinho querido, 92 anos, cego, surdo, todos os esfíncteres sem controle, numa cama - de repente um acontecimento feliz! O coração parou. Ah, com certeza fora o seu anjo da guarda, que assim punha um fim à sua miséria! Mas o médico, movido pelos automatismos costumeiros, apressou-se a cumprir seu dever: debruçou-se sobre o velhinho e o fez respirar de novo. Sofreu inutilmente por mais dois dias antes de tocar de novo o acorde final.

Dir-me-ão que é dever dos médicos fazer todo o possível para que a vida continue. Eu também, da minha forma, luto pela vida. A literatura tem o poder de ressuscitar os mortos. Aprendi com Albert Schweitzer que a "reverência pela vida" é o supremo princípio ético do amor. Mas o que é vida? Mais precisamente, o que é a vida de um ser humano? O que e quem a define? O coração que continua a bater num corpo aparentemente morto? Ou serão os ziguezagues nos vídeos dos monitores, que indicam a presença de ondas cerebrais?

Confesso que, na minha experiência de ser humano, nunca me encontrei com a vida sob a forma de batidas de

¹Médica psicanalista. Doutora em Ciências pela FIOCRUZ. Docente e Pesquisadora da Pós Graduação do Instituto Fernandes Figueira - IFF / FIOCRUZ. Diretora da Sociedade de Bioética do Estado do Rio de Janeiro. Membro do Conselho de Bioética do Instituto Nacional de Câncer - INCA / MS. E-mail: braz@iff.fiocruz.br

²Psicóloga. Professora da Universidade Estácio de Sá. Doutoranda em Saúde da Mulher e da Criança - IFF / FIOCRUZ

coração ou ondas cerebrais. A vida humana não se define biologicamente. Permanecemos humanos enquanto existe em nós a esperança da beleza e da alegria. Morta a possibilidade de sentir alegria ou gozar a beleza, o corpo se transforma numa casca de cigarra vazia.

Muitos dos chamados "recursos heróicos" para manter vivo um paciente são, do meu ponto de vista, uma violência ao princípio da "reverência pela vida". Porque, se os médicos dessem ouvidos ao pedido que a vida está fazendo, eles a ouviriam dizer: "Liberta-me" (...).

Como saber o momento de libertar o paciente? Como decidir até que ponto aliviando a dor não se tira a vida do paciente? Quando ressuscitar? Quando a ordem de não-ressuscitação pode ser dada?

Estas perguntas que perseguem cotidianamente o profissional de saúde, principalmente o médico, a quem, afinal, cabe a última decisão, são motivo de debates, críticas e prescrições de outras áreas do saber.

A psicanálise tem se debruçado sobre o tema da morte, desde os seus primórdios e, particularmente, a psicologia médica, disciplina com base na psicanálise, tem estudado e publicado vários trabalhos sobre esse tema. A tentativa é compreender por que é tão difícil tomar decisões e libertar o paciente de um contínuo e, muitas vezes, prolongado sofrimento. Isto porque a tarefa do psicanalista é procurar um sentido para os atos humanos, já que acredita que por trás de atitudes muitas vezes incompreensíveis, há uma outra lógica atuando, de ordem inconsciente, que pode explicar melhor o agir.

O QUE É A MORTE?

Recorrendo ao dicionário vemos que a morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida, e o morrer como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível e o êxito letal².

Tendo em vista o avanço da tecnologia, esse processo pode durar muitos anos, às vezes toda uma vida, como por exemplo, as crianças que nascem com fibrose cística. Essas pessoas experimentam uma fase em suas vidas denominada "o intervalo viver-morrer"³, isto é, desde o saber que vai morrer daquela doença até a chegada da morte, intervalo no qual se pode distinguir a fase aguda (tomada de conhecimento), a fase crônica (tratamento) e a fase terminal propriamente dita.

Nos últimos sessenta anos, com o progresso tecnológico e o advento das unidades de terapia intensiva (UTI) de todo o mundo, tornou-se factível estender a vida de pessoas portadoras de doenças fatais e/ou de prognóstico reservado. Mais recentemente, o conceito de restrição ou a remoção de medidas de suporte de

vida (MSV), que envolve: (a) ordem de não reanimar e (b) não-oferta e retirada de suporte vital, surgiu na prática médica com o objetivo de permitir a morte do paciente para o qual não há mais possibilidade de tratamento⁴. Assim, ganha relevância a medicina paliativa, no sentido de evitar um investimento desnecessário que prolonga a vida, muitas vezes, apenas dias ou meses, não altera a evolução da doença e, principalmente, pode ocasionar muito sofrimento.

A expressão "ordem de não reanimar" é vista, pelos médicos, como uma atitude intermediária entre um investimento enorme e a retirada de suportes de vida, esta última entendida mais como eutanásia.

Como mostra Ariès⁵, a forma tradicional de morrer, cercado por familiares e pessoas amigas e em casa, foi paulatinamente sendo substituída pela morte medicalizada, ocorrendo, na grande maioria das vezes em hospitais, solitariamente ou na presença de profissionais de saúde. Este fato implica repercussões importantes nestes profissionais:

"Dessa forma, os profissionais da saúde passaram a ser confrontados de forma mais constante com o sofrimento e com a morte. Nesse encontro repetitivo com a morte, esses profissionais estão sujeitos às angústias relacionadas ao sentimento de fragilidade da condição humana ou à lembrança de lutos passados. Para estes profissionais, a proximidade com a morte faz parte do seu trabalho cotidiano, fato que os leva a uma sobrecarga psíquica. Adiciona-se ao sofrimento relacionado com a morte, o sentimento de fracasso experimentado por aqueles que foram formados para lutar pela vida" (Moritz⁶ p.16-17).

Assim, pode-se inferir que não ressuscitar, não reanimar seria mais fácil para os profissionais do que agir mais ativamente, isto é, retirando suportes vitais. Se sob o ponto de vista ético e legal não há diferença nas formas de MSV, como declarado pelo Comitê de Ética da Sociedade Mundial de Terapia Intensiva, há que se ter uma razão pela opção da conduta passiva e não ativa, como pode ser observado a seguir:

"O Comitê de Ética da Society of Critical Care Medicine, em 1990, publicou uma compilação de idéias que poderiam servir de guia para a suspensão de determinados tipos de tratamentos. Foi avaliado que o posicionamento prévio do paciente seria fundamental, que a recusa de um tratamento seria mais fácil de ser realizada do que a suspensão do mesmo, que a recusa de um tratamento poderia ser avaliada perante um paciente com grave prognóstico, com perspectiva de qualidade de vida futura inadmissível para ele, ou quando o tratamento fosse considerado fútil. Foi destacada a importância da

comunicação entre a equipe de saúde, o paciente e os seus familiares. A manutenção da administração de sedativos e de analgésicos seria aceitável mesmo que, como efeito colateral, levasse à depressão respiratória e indiretamente à parada cardiovascular. O médico não seria obrigado a prescrever um tratamento considerado fútil ou a manter internado na UTI o paciente submetido a esse tipo de tratamento" (Moritz⁶ p. 48).

Outros entendem que a realização de manobras de ressuscitação em pacientes terminais sem possibilidade de sobrevida é uma ação fútil, revestindo-se de uma verdadeira distanásia, mas é o certo a ser feito, já que as legislações vigentes não atentam para esse fato, e obrigam o médico a realizar todo o possível para o benefício do paciente. Este argumento é aquele utilizado para os médicos fazê-lo. Entretanto, o recurso da ressuscitação cardiopulmonar, em função de uma parada cardiopulmonar súbita, tem indicações.

"O atendimento cardíaco de emergência visa à restauração dos "corações bons demais para morrer" e não "os corações doentes demais para viver." A RCP deve evitar uma morte prematura, restabelecendo o processo da vida e não prolongar o processo da morte". (...) No paciente terminal, que está em processo de morte, a ressuscitação pode ser prejudicial, fútil e até cruel. (...) A conduta médica mais correta seria a de não reanimar pacientes terminais. Esta conduta é amparada moral e eticamente; apesar disso, não está ainda institucionalizada e não tem aceitação legal unânime e pacífica no Brasil" (Mano⁷ p. 2).

Em vários estudos e em reflexões e pesquisas acessados, verificamos ser comum afirmar-se que cabe aos profissionais de saúde curar, e que o sofrimento psíquico desses está intimamente relacionado ao sucesso ou fracasso nas suas intervenções^{6,8}. Não só os médicos lutam contra a morte ou a rechaçam: isto faz parte de cada um de nós, de forma muito particular e, para nenhum de nós é fácil acompanhar a morte de alguém, principalmente daqueles a quem nos afeiçoamos.

No entanto, se a única certeza da vida, como todos afirmam, é de que a morte é certa, por que postergá-la além dos limites? Por que é tão difícil não ressuscitar? Por que a ordem de não-ressuscitação não é decidida logo e implementada?

Esta expressão "não-ressuscitação" significa que alguém morreu e, apesar de se ter tecnologia para se fazer voltar à vida - ressuscitar - isso não será feito. De outro modo, pode-se dizer que "não ressuscitar" é assumir que o paciente irá morrer em curto espaço de tempo e, para não prolongar o sofrimento há um consenso de que não se deve ressuscitá-lo, tirá-lo da

morte, trazê-lo à vida. Se grifamos estas palavras é porque elas estão carregadas de significados. Ressuscitar significa: fazer voltar à vida; reviver, ressurgir, tornar a viver, escapar de grande perigo⁹ outra expressão que nos parece menos carregada de simbolismos é a da "não-reanimação". Reanimar quer dizer: dar novo ânimo; restituir a vida; restituir o uso dos sentidos, o movimento e o vigor⁹.

Falar, assim, sobre a não-ressuscitação é dizer da morte. Da morte podemos dizer que falar sobre ela pode ajudar a elaborar aquilo que, entre outras coisas, nos distingue dos animais - sabermos que a vida tem um fim. Esta noção da finitude humana, entretanto, não pode ser vivida diariamente, não se pode pensar nela o tempo todo porque senão a vida perde o sentido. Se vamos morrer a qualquer hora, para que viver sempre como Sísifo, carregando pedra morro acima para, no final, ver a pedra descer e tudo recomeçar? Ou como magistralmente escreve Shakespeare, em Macbeth, ato 5, cena 5, linhas 22-31:

*(...) Amanhã, e amanhã, e amanhã
Arrasta-se neste passo sorrateiro dia após dia
Até a última sílaba de tempo,
E todos os nossos dias passaram-se tolos
Caminho direto para a morte sombria. Fora, fora breve vela!*

A vida não é mais do que uma sombra errante, um pobre jogador

Que caminha e incomoda durante seus momentos sobre o tabuleiro

*E então dele nada mais se ouve. É um conto
Contado por um idiota, cheio de barulho e fúria,
Significando nada. (...)*

O ser humano lança mão, assim, de uma série de defesas psicológicas. Como o homem lida com a morte? Quais mecanismos psíquicos são acionados quando se se defronta com ela? Muitos autores afirmam que se fala, se escreve ou se pesquisa pouco sobre a morte. Talvez ignorem que a psicanálise sobre ela se debruçou desde Freud, assim como os filósofos que a tiveram sempre como questão. Em outros campos de saberes, a partir da década de 1970, começa a surgir vasta literatura sobre o assunto. A partir da emergência da bioética, o assunto passa a ser discutido abertamente e não de forma velada. A morte não é de domínio de nenhuma ciência ou campo disciplinar, não pertence a ninguém específico porque pertence a todos, ela perpassa a história da humanidade por ser um problema essencialmente humano.

Um dos mais famosos estudiosos da morte - Ariès⁵ -

, afirma que a forma como se entende a morte varia de acordo com o contexto histórico e a cultura, isto é, ela é socialmente construída.

Para a psicanálise, o "*tema da morte / finitude inscreve-se de ponta a ponta na obra freudiana, sendo difícil delimitá-lo (basta pensar no complexo de castração como uma encruzilhada na qual a ilusão de completude é posta radicalmente em xeque, conduzindo o sujeito - na melhor das hipóteses - à aceitação de sua condição incompleta, imperfeita e finita)*" (Loureiro¹⁰ p. 7).

A partir desta constatação, traremos alguns trechos da obra de Freud que falam mais de perto sobre esta temática. O significado da morte e da finitude humana estão bem retratados num escrito de 1915¹¹, denominado Considerações atuais sobre a guerra e a morte, principalmente na sua segunda parte: "*Nossa atitude diante da morte*". Este texto é, talvez, onde Freud mais explora o tema da morte; apontando novamente para o hiato existente entre o conteúdo consciente e o inconsciente provoca, no mínimo, uma atitude frente à morte de "flagrante insinceridade"¹⁰. Como Loureiro afirma: de forma consciente nós a consideramos "natural" e inevitável, no entanto, "acrescenta Freud com ironia, os seres humanos mostram 'patente inclinação para prescindir da morte'. O que ocorre é que, no inconsciente, tudo se passa de outro modo:

"A própria morte é, evidentemente, inimaginável (...). Assim, a escola psicanalítica pôde arriscar a afirmação de que, no fundo, ninguém crê na própria morte ou, o que é o mesmo, que no inconsciente todos nós estamos convencidos de nossa imortalidade" (Loureiro¹⁰ p. 8).

Outro texto traduzido de Freud - O Estranho - de 1919¹², também retorna ao assunto sob outra perspectiva. Nesta obra são levantados alguns exemplos, de estranhamento, que afligem quotidianamente as pessoas, revelando as origens desse sentimento. Há coisas que assustam e nos causam estranheza, mas isso não tem a ver com o evento em si, mas com a realidade interna, algo reprimido que retorna. Neste sentido, o estranho não seria algo novo, mas familiar, que habita há muito na mente, mantido alienado pela repressão. Dentre os exemplos levantados por Freud, há algo, até hoje, que mudou bem pouco, continuando preservado em nosso inconsciente, de forma levemente disfarçada: a relação de nossas idéias e sentimentos com a morte. Duas coisas podem ser ditas para tal conservadorismo, sendo a primeira "*a força da nossa reação emocional original à morte e a insuficiência do nosso conhecimento científico a respeito dela. A biologia ainda não conseguiu responder se a morte é o destino inevitável de todo ser vivo*

*ou se é apenas um evento regular, mas ainda assim talvez evitável, da vida"; a segunda é que "nenhum ser humano realmente a compreende, e o nosso inconsciente tem tão pouco uso hoje, como sempre teve, para a idéia da sua própria mortalidade (...). Uma vez que quase todos nós ainda pensamos como selvagens a respeito desse tópico, não é motivo para surpresa o fato de que o primitivo medo da morte é ainda tão intenso dentro de nós e está sempre pronto a vir à superfície por qualquer provocação"*¹² (p. 301-302).

Freud escreveu esse texto em 1919 e, de lá para cá, as descobertas da biologia molecular e o avanço das neurociências vêm mudando a relação do humano com a morte. A credibilidade no progresso científico é de tal monta que, quem pode, está "comprando a eternidade", ao pagarem para serem mantidos congelados até poderem ser "acordados" de sua morte pelas descobertas que advirão. A imortalidade está perto, crêem alguns, não poucos, e podemos falar assim de um gradual, mas forte, distanciamento da morte ou, em outras palavras, uma negação intensificada da mesma. Entendemos que essa negação da morte, levada a efeito na contemporaneidade, é o principal motor para a emergência do temor, muitas vezes chegando a uma paranóia, que ronda todo o progresso técnico ligado a ela, tais como: a eutanásia, a reprodução assistida, a clonagem.

O reflexo disso no nosso cotidiano é que se tem a tendência de lidar com a morte como se fosse um azar / acaso, e não uma injunção / necessidade. Em 1920, em Além do princípio do prazer, Freud¹³ propõe a idéia de que os seres vivos morrem devido a causas internas, porque o processo de morte ocorre a partir de "dentro" e é inexorável. No entanto, diz Loureiro¹⁰ (p. 8): "*tanto quanto possível, evitamos encarar o lento progresso dessa corrosão interna, espantando-nos - ou fingindo nos espantar - com a morte "contingente", provocada por algum evento "externo" e "evitável", isto é, o acidente, a doença, o homicídio.*

Freud¹⁴ postula uma nova conduta frente à morte já que pouco muda em relação aos homens ditos primitivos, isto é, negamos a nossa mortalidade, só acreditamos na morte do outro e portamos uma ambivalência em relação à morte de pessoas que amamos, pois, ao mesmo tempo que sofremos porque a pessoa querida leva consigo parte de cada um, sentimos alívio, porque os afetos nos sobrecarregam e porque eles, no nosso inconsciente, portam algo de estranho.

Surge aí a ambivalência, que são sentimentos simultâneos de amor e ódio, e estão presentes em todos os relacionamentos humanos. Nestes relacionamentos,

o desejo de ferir o outro é freqüente, e a morte desta pessoa pode ser conscientemente desejada. Por isso, muitas vezes, quando o outro morre, a pessoa que assim o desejou pode ficar com um sentimento de culpa difícil de suportar e, para amenizar esta culpa, permanece em um luto intenso e prolongado.

Finalmente, Freud questiona se não seria melhor para o ser humano assumir a morte do que despendere um esforço enorme para mantê-la reprimida. E, neste ponto aparece um dos principais fundamentos da ética de Freud: *"tolerar a vida continua a ser, afinal de contas, o primeiro dever de todos os viventes. A ilusão perderá todo o seu valor, se tornar isso mais difícil para nós" ou como disse em outras palavras: "Se queres suportar a vida, prepara-te para a morte"*¹¹ (p. 339).

Voltando agora o nosso olhar para a equipe médica encarregada de doentes terminais, percebe-se, na maioria das vezes, que seus componentes não conseguem elaborar a possível morte ou a morte concreta de seus pacientes. No geral, os profissionais de saúde, como todos nós, são despreparados para lidar com a morte, não conseguindo aceitá-la como algo que faz parte da vida.

A equipe médica vivencia a morte de um paciente não somente como um fracasso, mas com ambivalência: dor pela morte, por não ter conseguido evitar e culpa por não ter conseguido salvar e por desejar, no fundo, a morte do paciente que lhe dá tanto trabalho e não lhe responde, como se a culpa fosse do doente. É muito comum ouvirmos a expressão de que fulano fez um câncer e que deve lutar para vencê-lo, como se dependesse da vontade do doente.

No atendimento ao doente terminal, Kübler-Ross¹⁵ aborda a importância do acolhimento ao paciente por parte do médico e como dizer a verdade, desse modo ficando próximo à sua dor, colocando-se no lugar do paciente para compreender o seu sofrimento. Segundo a autora essa seria a atitude correta, pois ele estaria se colocando à disposição para ajudar o outro em sua última jornada. Fazemos reparos a esta afirmação. É muito fácil para aqueles de nós que não têm contato diário com a morte ou que não são responsáveis diretos por ela, prescrever aos médicos que acolham, que se identifiquem com a dor, o sofrimento e a morte alheios, esquecendo-se de que os profissionais de saúde são também seres humanos, que não detêm superpoderes para lidar com a morte melhor do que nós. E mais: a morte ocorre a todo o momento.

A morte do outro nos deixa tristes, desamparados porque ela nos remete à morte de nós mesmos, e isto é insuportável. *"O luto, de modo geral, é a reação à perda*

de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante" (Freud¹⁴ p. 275). O luto normal é um processo longo e doloroso, que acaba por resolver-se por si só, quando o enlutado encontra objetos de substituição para o que foi perdido.

Existe um período considerado necessário para a pessoa enlutada passar pela experiência da perda. Esse período não pode ser artificialmente prolongado ou reduzido, uma vez que o luto demanda tempo e energia para ser elaborado. Os profissionais de saúde não podem se permitir este luto/luxo. Como parar e fazer luto a cada dia pelos pacientes nos quais investiram tanto e que, apesar disso, se recusam a viver? Normalmente, não é uma pessoa amada e sim um estranho familiar, investido profissionalmente. É difícil não ressuscitar, senão a culpa é imensa. A luta vai até a falência múltipla de órgãos. Se for preciso o paciente é ressuscitado várias e várias vezes até que todo o sistema entre em colapso. Só aí o médico se dá por vencido. A frustração é inevitável, dúvidas surgem se deveria ter prolongado o sofrimento, mas a culpa ele não deve carregar ou deve diminuí-la. A ambivalência de sentimentos que carregamos frente à pessoa amada que morre, também está presente no médico. Por um lado impotência, sentimento de perda e por outro, alívio, acabou o fardo. Entretanto, é bom lembrar que:

"Necessitamos de uma ciência coerente da morte, pois se o cuidado com o paciente terminal é difícil e desgastante, mais difícil e desgastante se torna, se para aplacar a ansiedade recorreremos à negação e falácias. Apesar da nossa tendência para sofismar e negar podemos aperfeiçoar nossos métodos para lidar com a terminalidade. Podemos mesmo tornar capazes de ajudar a tornar a morte mais aceitável e apropriada" (Torres¹⁶ p.10).

Ou ainda:

"O sentimento de fracasso, tristeza e culpa frente a um paciente terminal pode ser transformado, se a perspectiva de que a morte como inimigo a combater for modificada pela compreensão de que a morte é parte da vida" (Torres¹⁶ p. 25).

Finalizando, deixamos aqui uma provocação: se os médicos não lutassem contra a anankê (necessidade), isto é, contra a morte, a medicina teria evoluído tanto? Será que não continuaríamos vivendo apenas 40 anos como no início do século XX?

REFERÊNCIAS

1. Alves R. Sobre a morte e o morrer. [consulta eletrônica]. [acesso em 15 fev 2006]. Disponível em: <http://

- www.releituras.com/rubemalves_menu.asp
2. Lovisolo E. Dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Larousse; 1993:460.
 3. Py L, Oliveira AC. Cena da morte, transbordamento de vida: humanizando o adeus final. [consulta eletrônica]. [acesso em 19 maio 2006]. Disponível em: <http://www.ess.ufrj.br/nucleos/nucl_tanato1.htm>
 4. Garros D. A "good" death in a pediatric ICU: is it possible? *J Pediatr.* 2003;79 (suppl 2):S243-S54.
 5. Ariès P. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro; 1986.
 6. Moritz RD. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
 7. Mano R. Diagnóstico da morte. Quando parar a RCP e quando não tentar? In: *Manuais de Cardiologia*. [consulta eletrônica]. [acesso em 15 fev 2006]. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br/MS/MS_Page357.htm>
 8. Silva MHF. Lidando com a morte: a especificidade do sofrimento do profissional da saúde no contexto hospitalar. *Rev Psicologia Argumento.* 1995;13(16):95-119.
 9. Ferreira ABH. *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1976.
 10. Loureiro I. O carvalho e o pinheiro: sobre as concepções de morte em Freud e no Romantismo. [consulta eletrônica]. [acesso em 20 ago 2005]. Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/percurso/main/pcs27/27Ines.htm>>
 11. Freud S. Reflexões para os tempos de guerra e morte. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1915.
 12. Freud S. O estranho. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago; 1919.
 13. Freud S. Além do princípio do prazer. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago; 1920.
 14. Freud S. Luto e melancolia. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1915-1917.
 15. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. 8a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
 16. Torres W. O conceito de morte na criança. *Arq Bras Psicol.* 1979;31:9-34.

Aspectos jurídicos da não-ressuscitação do paciente em medicina paliativa

Miriam Ventura

IDENTIFICANDO AS QUESTÕES CONTROVERTIDAS

A proposta desta breve apresentação é identificar no sistema jurídico nacional os limites e as possibilidades da prática de não-ressuscitação no âmbito da medicina paliativa. Para a análise do tema, entende-se medicina paliativa como um tipo de prática recomendada para o cuidado de pacientes fora de possibilidades curativas, isto é, pessoas em estados avançados de doenças graves, com alto risco de morte, e para as quais não há tratamento capaz de deter o avanço da doença. Neste sentido, a assistência clínica tem como principal objetivo dar ao paciente o melhor bem-estar possível, aliviando a dor e outros sintomas da doença, diante da impossibilidade ou da inexistência de qualquer outra intervenção ou tratamento curativo.

A partir desta delimitação inicial necessária, as principais questões que se buscará responder são estas:

1. Expressando o paciente sua vontade de não ser "ressuscitado", pode o médico respeitá-la, sem correr o risco de ser responsabilizado legalmente? Na ausência de manifestação da vontade do paciente, pode o médico deixar de realizar a ressuscitação sem correr o risco de ser responsabilizado legalmente?
2. Os protocolos clínicos estabelecidos pelas instituições e/ou sistemas de saúde que recomendam a conduta de não-ressuscitação em casos específicos, isenta o médico de suas responsabilidades legais pessoais?
3. O paciente fora de possibilidades curativas pode ser considerado incapaz para exercer sua autonomia, consentindo, ou não, para a realização, ou não, de algum tipo de procedimento ou tratamento, tão somente, em razão desta condição? É válida a nomeação (legal ou informal) de outra pessoa para tomar decisões desta

natureza, quando não for possível o paciente tomá-la por si? São válidas as determinações deixadas pelo paciente para o seu tratamento, quando ainda possuía condições de exercer seu direito de escolha?

Para uma abordagem jurídica destas questões deve-se, inicialmente, identificar a existência, ou não, no sistema jurídico nacional, do direito de se interromper e/ou recusar tratamento médico, ou de não realizar determinada intervenção médica que potencialmente poderá abreviar a vida de alguém ou a sua própria, mesmo quando o paciente estiver sem possibilidades curativas.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE A INVOLABILIDADE DA VIDA E A INDISPONIBILIDADE DO PRÓPRIO CORPO

Podemos afirmar que no nosso contexto social e jurídico atual está consolidada a noção de que a pessoa, no âmbito de sua autonomia, tem o direito de decidir sobre tudo o que implique na sua própria vida, desde que suas escolhas não afetem diretamente a vida de outros e as liberdades alheias. Essa noção da centralidade do indivíduo e da autonomia funda a lógica de regulação pelo direito - individual, de cidadania ou direito humano - fazendo com que as leis reconheçam espaços de autonomia e autodeterminação dos sujeitos como um dos aspectos fundamentais da sua dignidade e do direito à vida e à liberdade.

Nos anos recentes, o avanço tecnológico e científico vem permitindo cada vez mais que as pessoas realizem escolhas e tomem decisões sobre questões até então de difícil previsibilidade ou impossíveis de realização, por exemplo, utilizar técnicas de reprodução medicamente assistida, utilizar técnicas de transplantes, dentre outras.

Advogada. Mestre em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP / FIOCRUZ. Professora convidada do Curso de Especialização em Ética Aplicada e Bioética do Instituto Fernandes Figueira - IFF / FIOCRUZ. Membro do Conselho de Bioética do Instituto Nacional de Câncer - INCA / MS. E-mail: venturaadv@easyline.com.br

Porém, contrariamente à expectativa de alargamento dos espaços de liberdade em razão do progresso científico e tecnológico, verifica-se que as premissas de autonomia em relação à disponibilidade da própria vida e do corpo não estão inteiramente compreendidas ou aceitas por nossa cultura, principalmente, quando se defende a ampla autonomia no fim da vida. Cotidianamente, controvérsias significativas sobre o tema são discutidas em filmes, romances, e por profissionais da saúde e do direito.

Algumas controvérsias revelam um cuidado razoável e objetivo em relação ao uso desses novos conhecimentos e visam, basicamente, a evitar ou precaver-se dos efeitos potencialmente nocivos ou desconhecidos decorrentes do uso abusivo e/ou inadequado desses novos conhecimentos à integridade física e moral dos seres humanos. Outras, porém, fundamentam-se em dogmas e crenças religiosas sobre a vida humana.

No contexto brasileiro, comumente, os segmentos mais conservadores se expressam através da defesa do princípio da sacralidade da vida e do próprio corpo, e defendem a concepção de que a vida é um direito natural, concedido por Deus ou pela natureza, e que por essa razão é um bem indisponível. Os segmentos mais liberais buscam relacionar o direito à vida com o direito a um completo bem-estar, adotando a dignidade da pessoa humana, como o valor que deve estabelecer os limites dessa disposição. Pode-se resumir que estes últimos defendem o princípio da qualidade de vida, que corresponde à noção de vida digna.

Os princípios jurídicos da inviolabilidade da vida e indisponibilidade do próprio corpo foram incorporados e reiterados nos sistemas jurídicos ao longo dos séculos. Pode-se afirmar que esta incorporação e sua tradução em dispositivos legais, que buscam restringir os atos de disposição do próprio corpo, e penalizam as violações à vida humana, constituem uma evolução positiva do Direito, no sentido de que limitou as ações do Estado contra seus cidadãos, e de outras pessoas sobre seus semelhantes. Mas é a partir das constatações históricas dos abusos cometidos contra os seres humanos, durante a II Guerra Mundial, que se dá conta da necessidade urgente de uma revisão dos sistemas jurídicos, capaz de eficazmente preservar a dignidade da pessoa humana, e evitar que situações existenciais sejam tratadas (ou contratadas) como direitos patrimoniais, passíveis de serem livremente disponibilizados. A concepção de que o ser humano não deve ser tratado como mero meio para atender a interesses de alguns, consolida-se e avança, desenvolvendo-se sistemas legais de proteção e de tutela da dignidade da pessoa.

Fundadas nestas razões, as leis passam a reconhecer a vida e a integridade física e moral dos seres humanos como bens sociais invioláveis e indisponíveis, atribuindo ao Estado a obrigação de garanti-los e protegê-los, mesmo em face do seu próprio detentor, e de estabelecer os limites e as possibilidades de intervenção e de disponibilidade. A liberdade (autonomia) do indivíduo passa a ser limitada/substituída pela noção de proteção e garantia à dignidade da pessoa humana, que passa a ser considerada como um valor jurídico que deve fundar e dar sentido ao conteúdo de toda e qualquer limitação à liberdade humana¹.

Se dignidade da pessoa humana for entendida como os atributos pessoais que possibilitam "a cada um o direito ao 'respeito' inerente à qualidade de homem, assim como a pretensão de ser colocado em condições idôneas a exercer as próprias aptidões pessoais, assumindo a posição a estas correspondentes"², o direito à vida digna impõe ao Estado agir contra qualquer situação (moral, econômica, cultural, legal...) que retire ou não estabeleça os instrumentos indispensáveis a determinados sujeitos, colocando-os em uma situação degradante em relação aos outros. Neste sentido, a dignidade humana está relacionada ao contexto histórico, cultural, político, econômico e moral de uma determinada comunidade.

Porém, o entendimento acerca do que se considera "dignidade da pessoa humana" e "direito à vida" são objetos de ampla discussão no âmbito legislativo e judicial. Os entendimentos podem ser divididos entre aqueles que defendem como absolutos os princípios jurídicos da inviolabilidade da vida, desde a concepção até a sua morte "natural", e da indisponibilidade do próprio corpo, postulando uma limitação legal da autonomia individual absoluta; e há aqueles que reconhecem a necessidade de algumas limitações, porém admitem o direito de se dispor da própria vida e do corpo, em determinadas circunstâncias, ou seja, admitem certa relativização destes princípios.

A principal indagação jurídica que permeia os debates sobre as situações existenciais relacionadas ao fim de vida é reconhecer o direito de dispor da própria vida como um direito à vida e à liberdade. Entendendo-se disposição como a possibilidade de um sujeito de direitos livremente escolher o modo mais conveniente de pôr fim à sua própria vida, ou abreviar o processo de morte previsível em razão de alguma enfermidade para si insuportável.

Apresentadas as principais definições, valores e princípios que devem nortear e dar sentido adequado à

análise jurídica da situação sob exame, passa-se a identificar algumas normas legais brasileiras relevantes em conflito, ou aparente conflito - como se defenderá adiante - e suas repercussões, para, finalmente, se estabelecer os pesos que vêm sendo atribuídos aos diferentes elementos em disputa.

HÁ UM DIREITO DE INTERROMPER UM TRATAMENTO, OU DE NÃO REALIZAR UMA DETERMINADA INTERVENÇÃO MÉDICA?

A Constituição Federal Brasileira reconhece como princípio fundamental do Estado Democrático de Direito a dignidade da pessoa humana, constituindo como obrigação do Estado garantir e promover a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade e à segurança³.

Os dispositivos constitucionais que visam a promover e garantir a dignidade da pessoa, que merecem destaque para a compreensão do tema em discussão, são aqueles que estabelecem o direito: de não ser submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante; à inviolabilidade da vida privada, da intimidade, da honra e da imagem das pessoas; à assistência integral à saúde, entendido saúde como um estado de completo bem-estar, e não como a ausência de doença. Importante, ainda, destacar que a Constituição Federal veda a comercialização de todo e qualquer tipo de órgãos, tecidos ou substâncias humanas, mas admite atos de disposição do corpo, de forma gratuita e para fins de tratamento ou pesquisa, nos limites legais estabelecidos. Neste sentido, demonstra o legislador que o princípio da indisponibilidade do corpo não é absoluto, podendo ser afastado em circunstâncias especiais.

Esta relativização dos princípios jurídicos referidos também pode ser vista na legislação penal, quando, por exemplo, excluiu a ilicitude nos casos de crimes contra a vida, quando o agente da conduta considerada criminosa pratica o ato em "legítima defesa" ou "em estado de necessidade"⁴ (art. 23), e quando reduz a pena aplicável ao homicídio cometido "por motivos de relevante valor moral e social"⁴ (art. 121 §1º). Vale destacar que, quando a exposição de motivo do Código Penal introduz essa atenuante do crime de homicídio, traz como exemplo o homicídio praticado por "compaixão ante o irremediável sofrimento da vítima", o que denomina de homicídio "eutanasico"⁴ (item 39 da exposição de motivo da parte especial).

Entretanto, a lei penal deixa claro que a vida é um bem social relevante para o Direito e, a princípio, indisponível, quando criminaliza o auxílio ao suicídio⁴

(art. 122), deixando sem punição a tentativa de suicídio, por entender que a pessoa que atentou contra a sua própria vida, encontra-se em uma difícil situação existencial, e que a pena pode agravar o seu estado de fragilidade. Essa tendência de proteção máxima à vida humana ainda se revela na figura da omissão de socorro⁴ (art. 135), caracterizada quando alguém "*deixa de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparado ou em grave e iminente perigo, ou não pedir nesses casos a intervenção da autoridade pública*".

Estes tipos penais descritos vêm sendo utilizados como pressupostos legais para a defesa da inexistência do direito do paciente ou do médico de decidir sobre a suspensão ou não-execução de qualquer prática médica, mesmo nos casos em que o paciente se encontre em um estado de iminente risco de morte.

No Código Civil Brasileiro, os princípios jurídicos apresentados revelam-se na limitação à autonomia da pessoa, quando a lei estabelece que, salvo por exigência terapêutica, é vedado qualquer ato de disposição do próprio corpo, que importe em diminuição permanente da integridade física ou contrarie os "bons costumes"⁵ (art. 13) - a expressão bons costumes vem sendo entendida como a devida observância aos direitos fundamentais⁶. Em seguida, o Código Civil Brasileiro estabelece, expressamente, que é vedada a realização de qualquer tratamento médico ou intervenção cirúrgica que possa trazer risco para a pessoa, sem o seu consentimento⁵ (art. 15).

O Código de Ética Médica, uma lei infraconstitucional que regula a prática médica, reitera a tendência na legislação nacional de proteção e tutela da vida humana, mesmo em face de seu detentor, autorizando atos de disposição apenas em determinadas circunstâncias, quando em seu artigo 56 veda ao médico: "*Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida*"⁷. A lei profissional proíbe que o médico, em qualquer caso, utilize meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste e de seu responsável legal.

Claramente, verifica-se que a perspectiva da beneficência e da não-maleficência prepondera sobre a da autonomia dos sujeitos, no momento em que a lei busca estabelecer o limite da intervenção e da possibilidade de disposição, relacionando-as aos benefícios e/ou os não-malefícios que podem ser obtidos pelo paciente através do tratamento, a partir da avaliação

médica. Portanto, é justamente nos conflitos sobre o que constitui benefício ou um não-malefício para o paciente em determinadas circunstâncias, e a divergência entre o que o saber médico considera um "bem" e o que o paciente considera "bom" para si, é que as decisões e pareceres jurídicos vão estabelecer diferentes soluções.

Alguns juristas atribuem um peso maior ao dever dos profissionais de saúde na preservação da vida, considerando a vida um bem social indisponível, e não um bem individual, cujo detentor tem ampla liberdade para decidir sobre seu destino. Outros juristas reconhecem o direito de o paciente decidir sobre questões que dizem respeito à sua própria vida, mesmo que não admitam uma disponibilidade absoluta da vida e do próprio corpo.

Os que atribuem maior peso à preservação da vida não reconhecem o direito de o paciente decidir livremente sobre intervenções médicas que devem ser realizadas, mesmo nos casos de iminente risco de morte, ou em estados avançados de alguma doença grave, recomendando à equipe de saúde agir, desconsiderando qualquer determinação anterior ou vontade do paciente. Alguns chegam a argumentar que diante de uma recusa de tratamento que possa trazer ao paciente algum benefício, mesmo que não curativo, deve o médico procurar convencê-lo. Não conseguindo e havendo necessidade imperiosa e inadiável de sua intervenção, deve intervir mesmo contra a vontade do interessado, em prol da melhoria do seu estado de saúde⁸. As justificativas predominantes para a suspensão da autonomia do paciente são a afirmação da inexistência de um direito de se dispor da própria vida e da integridade física, e/ou a presunção de ausência de condições psicológicas e/ou físicas do paciente para decidir nestes momentos difíceis, cabendo à equipe de saúde a tutela integral da vida e da integridade física do paciente.

Observa-se, contudo, que quando a certeza dos benefícios da intervenção e do tratamento diminui, surgem algumas interpretações jurídicas que passam a admitir a suspensão da intervenção e/ou a não-realização do tratamento, desde que comprovado que o tratamento oferecido não é capaz de recuperar funções orgânicas fundamentais, e de assegurar ao paciente um mínimo de qualidade de vida. Porém, esses entendimentos não destacam o direito à autonomia dos sujeitos, mas o respeito à sua vida, responsabilizando o médico pela tomada de decisão e a comprovação de que nada mais poderia ser feito. Importante, ainda, resgatar a noção que permeia essas interpretações: a de que o desejo de morrer é sempre uma manifestação doentia do ser

humano, que lhe suprime a razão e merece tutela específica e protetora do Estado através de seus agentes.

Conclui-se que há, basicamente, duas correntes jurídicas sobre as questões que envolvem os atos de disposição da vida e do próprio corpo: uma que sustenta a absoluta impossibilidade de livre disposição por ato de vontade do sujeito; outra que considera que é possível se dispor, em certo limite, e desde que haja consentimento de seu titular. A tendência majoritária é no sentido de se preservar a vontade individual como condição necessária, mas não suficiente, para se dispor livremente da vida e do próprio corpo. Assim, o consentimento livre e esclarecido da pessoa submetida à intervenção, apesar de necessário, não torna lícitos os atos médicos realizados em desconformidade com a norma legal. Neste sentido, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina e outros documentos consensuais de natureza institucional médica, como as normas da Organização Mundial de Saúde, vêm servindo como justificção legal para se estabelecer a licitude ou não dos atos médicos. O critério norteador para se estabelecer quais atos e/ou tipos de intervenções médicas deve a pessoa livremente decidir, sem mediação legal ou médica, é um balanceamento de bens e interesses envolvidos, atentando-se para que o bem sacrificado encerre menor valor que o bem-interesse salvo, e que a conduta seja socialmente adequada⁹. Há uma clara superioridade dos princípios da beneficência e da não-maleficência sobre o princípio da autonomia nas justificativas legais sobre o direito do paciente decidir.

Porém, a crescente demanda social de ampliação da autonomia do paciente na assistência à saúde vem trazendo resistências e uma atenção especial dos juristas em relação à aplicação do preceito restritivo contido no art. 13 do Código Civil: buscando os estudos harmonizá-lo com outros preceitos constitucionais e de direitos humanos, dando maior ênfase à autonomia dos sujeitos. Estas interpretações, que dão maior peso ao direito à autonomia do paciente, avançam não só no reconhecimento desse direito pessoal de dispor da própria vida, como também no sentido de estabelecer um maior equilíbrio entre o direito de decisão do paciente e os deveres dos profissionais de saúde de preservação da vida e da saúde humana.

Os avanços alcançados neste sentido podem ser identificados na Lei Estadual nº 10.241, de 17 de março de 1999, do Estado de São Paulo, sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde, que expressamente reconhece como direito do usuário dos serviços de saúde "*consentir ou recusar, de forma livre,*

*voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem realizados*¹⁰. O dispositivo legal mereceu duras críticas de alguns segmentos, mas, por fim, foi considerado constitucional e mantida a sua vigência.

Porém, mesmo reconhecendo o pleno direito de o paciente decidir, há situações em que o paciente não tem condições de exercê-lo. Em algumas situações e condições, a lei reconhece expressamente a incapacidade, como no caso das crianças e dos adolescentes e portadores de deficiências mentais e psíquicas graves, e ainda, de forma excepcional, reconhece a incapacidade temporária, nos casos de enfermidade grave ou de outros estados transitórios, que impeçam a pessoa de exprimir sua vontade ou discernir sobre a prática de atos⁵ (art. 3º, I e II). Entretanto, as dificuldades concretas para a tomada de decisão pela equipe de saúde não são facilmente superadas, tão somente, pela existência de previsão legal específica. Outras questões, como uma possível desconsideração da vontade daqueles que, como as crianças, são consideradas incapazes por lei, mas se expressam contrariamente à decisão de seus responsáveis e, ainda, nos casos de pessoas que mesmo consideradas capazes pela lei, encontram-se de tal forma fragilizadas que se teme uma decisão contrária a seus próprios interesses, podem depender de intervenção judicial e/ou de um maior cuidado no processo de tomada de decisão.

Verifica-se, portanto, que a questão mais difícil não é propriamente identificar quem deve legalmente decidir, mas como decidir de forma a garantir o livre exercício dos direitos reconhecidos, e a proteção dos direitos daqueles que se encontram na condição de fim de vida.

QUEM E COMO SE DEVE DECIDIR SOBRE A INTERRUÇÃO DO TRATAMENTO E/OU A NÃO-REALIZAÇÃO DE QUALQUER INTERVENÇÃO MÉDICA?

A tendência expressa em algumas leis locais e regulamentações da prática médica são de que a tomada de decisão nesses casos deve ser conjunta, ou seja, paciente e equipe de saúde devem claramente estabelecer um acordo sobre as intervenções que podem e/ou devem ser realizadas, de forma a viabilizar o alcance pelo paciente deste estado de bem-estar geral, legalmente garantido.

O direito à informação, o consentimento livre e esclarecido e o respeito à escolha da pessoa submetida à assistência, capaz ou incapaz, são largamente destacados nos entendimentos jurídicos que reconhecem o direito à escolha do paciente. Destacam, ainda, que se deve buscar junto com o paciente, o envolvimento

da família e/ou de seus responsáveis na tomada de decisão, mesmo que a lei não reconheça expressamente qualquer incapacidade para consentir e autorizar. Essas recomendações visam a garantir uma assistência integral e diferenciada à pessoa portadora de doença grave ou em estado terminal, não só por sua especial condição, bem como pelo fato de que, em algum momento, poderá sofrer limitações concretas para decidir. Neste sentido, o respeito à escolha do paciente, dependerá não só do conhecimento prévio de suas intenções, como de poder se identificar pessoas de sua confiança, que possam decidir sobre questões que podem alterar, concretamente, seu modo de vida ou até mesmo abreviá-la.

A assimetria, ao menos técnica, da relação entre médicos e pacientes também é destacada nos debates jurídicos, recomendando-se cuidados especiais na obtenção de consentimento dos pacientes para agir ou não agir, por se tratar de situações existenciais humanas, para as quais o sistema jurídico atribui valor diferenciado, daquelas relações interpessoais, meramente contratuais ou de consumo de insumos e serviços. É neste sentido que a tomada de decisão conjunta é sempre trazida como um modelo ideal que garante e promove, de forma concreta, a proteção da dignidade da pessoa humana, a responsabilidade e a liberdade de todos os envolvidos.

A nomeação (legal ou informal) de outra pessoa para a tomada de decisões dessa natureza, ou o estabelecimento de diretrizes antecipadas sobre tratamento futuro, quando não for possível o paciente tomá-la por si, é legalmente possível, mas deve sempre ser acolhida com as cautelas anteriormente mencionadas, ou seja, a prévia decisão do paciente é relevante e decisiva para a justificação legal da intervenção médica realizada, ou não, bem como a decisão de representante nomeado ou legal deve ser respeitada. Porém, se a equipe de saúde observa que a decisão adotada pelo representante, ou expressa no documento, não condiz com a vontade do paciente e/ou não atende os seus interesses, pode requerer o pronunciamento judicial sobre se deve ou não intervir ou deixar de intervir. Pode-se concluir que os entendimentos jurídicos não consideram absolutamente suficiente para a justificação da ação o simples fato de existir um representante legal e/ou diretrizes anteriores estabelecidas pelo paciente; deve-se sempre buscar analisar as circunstâncias do momento em que a ação será realizada, ou não. Há, sem dúvida, um claro estímulo de que sempre a tomada de decisão seja conjunta, fundamentada e refletida, e possa concretamente garantir e promover a autonomia

e completo bem-estar do paciente, mesmo que este bem-estar desejado implique o não-prolongamento quantitativo de sua vida.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir a partir das breves considerações acima que:

- 1) Se a pessoa expressa sua vontade no sentido de não ser "ressuscitado", pode o médico respeitá-la sem correr o risco de ser responsabilizado legalmente, desde que comprovado que a intervenção não traria benefício para a recuperação do estado de saúde do paciente, ou como é costume se expressar no meio médico, está fora de possibilidades curativas. Na ausência de manifestação da vontade do paciente ou da manifestação de um parente mais próximo, na função de garantidor, o médico não deve deixar de realizar a "ressuscitação".
- 2) Os protocolos clínicos estabelecidos pelas instituições e/ou sistemas de saúde que recomendam a conduta de "não-ressuscitação" para pacientes "fora de possibilidades curativas", não isenta o médico de suas responsabilidades legais pessoais. Estes protocolos são úteis e recomendáveis no sentido em que estabelecem os critérios aceitos e comprovados, a partir de evidências científicas, de que determinada intervenção ou tratamento não traz qualquer benefício para o paciente, sendo um elemento importante para a comprovação da licitude da conduta médica.
- 3) A condição do paciente em fim de vida, por si só, não lhe retira a capacidade legal ou deve impedir o exercício de sua autonomia. Uma pessoa só pode ser considerada incapaz quando atestado por laudo médico que o seu estado de saúde afeta a sua capacidade de discernimento, porém, mesmo os entendimentos jurídicos mais liberais reconhecem a especial condição desse paciente que, de certa forma, poderá influir na sua decisão, de forma negativa, recomendando atenção cuidadosa, durante todo o tratamento, ou seja, desde o diagnóstico inicial até os estágios mais avançados da doença, para que se possa concretamente respeitar a autonomia do paciente e garantir-lhe as condições para o seu exercício, através do amplo esclarecimento e acolhimento das suas necessidades.
- 4) A nomeação (legal ou pessoal) de representante para o exercício do direito de decidir, ou mesmo a representação estabelecida por lei, como a dos pais em relação aos filhos menores, é legalmente possível. Porém, é recomendável nos casos mais difíceis, como naqueles que surjam dúvidas fundadas sobre se o representante

age segundo seus próprios interesses, e contrário aos do paciente, solicitar autorização judicial.

Pode-se concluir que ainda restam dúvidas e controvérsias sobre os limites e as possibilidades do livre exercício do direito de se interromper um tratamento ou de não se realizar determinada intervenção médica, quando esta decisão possa, de alguma forma, influir na abreviação da própria vida. Avançamos no sentido de se reconhecer o direito de o paciente decidir em relação às intervenções médicas propostas, quando estas possam trazer riscos de morte ou sérias limitações ao paciente. Avançamos, também, em relação ao consentimento livre e esclarecido do paciente e/ou de seu representante legal, hoje considerado indispensável para a comprovação da licitude de qualquer ato médico. Porém, há ainda uma forte centralidade da decisão médica baseada em evidências científicas sobre as intervenções necessárias para o bem-estar do paciente. A preponderância de uma perspectiva biológica na definição de qualidade de vida é outro aspecto que pode ser observado nos entendimentos jurídicos, e que implica reduzir a importância dos valores pessoais dos pacientes sobre o que é uma vida com qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Moraes MCB. O conceito de dignidade humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. In Sarlet IW (org). Constituição, Direitos Fundamentais e Direito Privado. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2003:105-49.
2. Perlingieri P. Perfis do Direito Civil: Introdução ao Direito Civil Constitucional. 2a ed. Rio de Janeiro: Renovar; 2002.
3. Brasil. Senado Federal. [homepage na internet]. Legislação. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. [acesso em out 2006]. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const>>
4. Brasil. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código penal. DOU de 31/12/1940. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/16/1940/2848.htm>>
5. Brasil. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o código civil. DOU de 11/1/2002. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/11/2002/10406.htm>>
6. Konder CN. O consentimento no biodireito: Os casos dos transexuais e dos wannabes. Rev Trimestral de Direito Civil. 2003;15:41-71.
7. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.246 do CFM de 8/1/1988. Código de ética médica. DOU de 26/1/1988. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br/index.asp?opcao=codigoetica&portal>>

8. Dallari DA. Liberdade para morrer. In: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. Saúde e direitos humanos. Brasília: MS; 2005:2.
9. Röhe A. O paciente terminal e o direito de morrer. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2004.
10. São Paulo (Estado). Lei Estadual 10.241, de 17 de março de 1999. Direito dos usuários dos serviços de saúde e das ações de saúde no Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>>