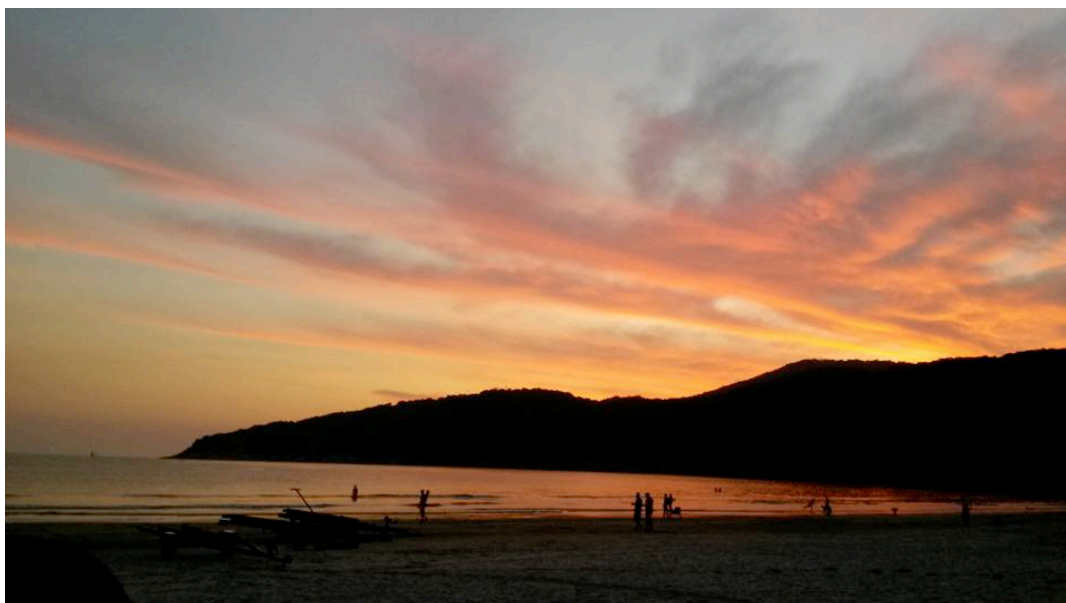


## A ética médica e a terminalidade de vida\*



*Reinaldo Ayer de Oliveira*

**E**ntre todos os que de alguma forma preocupam-se ou dedicam-se aos cuidados de saúde de seres humanos, há uma grande dificuldade em definir quando a vida termina.

Como vivemos em um ambiente social e cultural de pluralidade, no qual as pessoas podem não compartilhar da mesma ideia sobre a vida e a morte, a questão suscita conflitos.

Quando queremos nos referir sobre os aspectos da ética médica envolvidos com o processo da morte e do morrer - a terminalidade de vida - partimos do seguinte pressuposto: a prática médica está sujeita ao que determina a legislação do país e o código de ética médica.

O ponto de referência maior é a Constituição da República Federativa do Brasil, que consagra o Estado Democrático de Direito e tem como fundamento a dignidade da pessoa humana. (1)

O Código de Ética Médica expressa, em Princípio Fundamental que: “O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”. (2)

Considerando essas duas referências, entendemos que a ação do médico – o ato médico – tem como objetivo o benefício do doente. O benefício é a expressão do princípio da beneficência da Bioética. (3)

Na relação ética entre o médico e a pessoa doente deve ser sempre levado em consideração que conflitos poderão surgir quando se considera que o médico pode ter “sua ética” e o doente “sua ética”.

Das diferenças e semelhanças entre elas é que surgirá a ética nas relações humanas.

Nos últimos tempos tem havido uma dificuldade de entender o fenômeno da morte em diversas situações, especialmente, quando se reconhece que o doente encontra-se em fase terminal de vida, dificuldade que tem gerado grande debate envolvendo as pessoas do meio científico ou não.

Por vezes transformadas em tragédias pessoais e familiares as questões relacionadas com a terminalidade da vida ultrapassam os limites da confidencialidade, invadindo terreno movediço entre um coletivo sensacionalista manipulado pela mídia ou interesse de grupos e a privacidade discreta das pessoas.

No caso da morte encefálica, que é constatada através de um diagnóstico preciso, com vários testes e exames, não existindo nenhuma atividade do córtex cerebral e nenhuma atividade do tronco cerebral, ou seja, dos órgãos responsáveis pela respiração do indivíduo, a aceitação da morte nos parece clara.

No caso de vida vegetativa, permanente, pode haver uma atividade do tronco cerebral e o paciente pode respirar espontaneamente. O nível de consciência na morte encefálica ou na vida vegetativa permanente pode ser considerado zero. Há sempre a dúvida se essa pessoa pode pensar. É preciso entender que o pensar é mais profundo.

Ao se concluir o diagnóstico de morte encefálica pode-se afirmar que não há nenhum tipo de atividade da célula ou do tecido cerebral. Se não existe esta atividade, evidenciada por testes, não haverá qualquer tipo de atividade para o lado do pensamento.

O pensamento é a condição mais complexa do cérebro. Deve existir uma integridade muito grande das células do sistema nervoso central para que haja o pensamento.

É razoável lembrar que: naturalmente, decorre que ao conceituarmos vida é preciso levar em consideração a integridade das células e, sobretudo, como essa integridade das células, a integridade do indivíduo permite que ele se relacione com o seu meio qualificando sua vida.

Ao retirarmos ou suspendermos os tratamentos chamados fúteis, dispendiosos, dolorosos, o médico admite que o paciente morra, inclusive se possível no seio de sua família, com apoio de seus familiares, e, sobretudo recebendo medicamentos para aliviar seu sofrimento.

Promovido pelo Conselho Federal de Medicina, órgão que disciplina e fiscaliza a prática médica no Brasil, houve, no ano de 2006, uma grande mobilização de diferentes especialistas da área dos cuidados com doentes em fase terminal da vida, que culminou na elaboração de um dispositivo ético que permite o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que

prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

Esse dispositivo ético garante que o doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social, espiritual, inclusive assegurando a ele o direito da alta hospitalar.

Essa resolução do Conselho Federal de Medicina apoia-se na Constituição da República Federativa do Brasil que consagra o Estado Democrático de Direito e tem como fundamento a dignidade da pessoa humana (1)

**A Resolução CFM nº 1.805, de 9 de Novembro de 2006**, prescreve:

**Art. 1º** É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

**Art. 2º** O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.”(4)

Na aplicação do referido dispositivo ético é fundamental que se considere o conceito de “Distanásia: a palavra significa: obstinação diagnóstica e terapêutica e tem uma forte conotação de autoritarismo”. De origem grega significa: "morte difícil e penosa".

O conceito de distanásia indica o prolongamento do processo da morte, por meio de tratamentos (extraordinários) que apenas têm o objetivo de prolongar a vida biológica do doente.

As condutas distanásicas podem estar relacionadas com:

1. A convicção acrítica de que a vida é um bem pelo qual se deve "lutar" até ao limite, não levando em consideração a qualidade da vida;
2. O desprezo e a ignorância pela vontade do doente e de seus familiares;
3. A angústia do médico diante do insucesso terapêutico e a resistência em aceitar a morte do doente. (5)

A Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006 foi incorporada pelo atual Código de Ética Médica no Capítulo V – Relação com Pacientes e Familiares:

“É vedado ao médico:

(...)

**Art. 41.** Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

**Parágrafo único.** Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.” (6)

Esses dispositivos éticos – a Resolução nº 1805 e o Código de Ética Médica - procuram dar ao médico resposta para a seguinte indagação: não havendo vida humana com qualidade, pergunta-se: que alternativa existe?

Frente à morte, em geral, o médico assume uma posição de enfrentamento, considerando-a sua “maior adversária”. Desse posicionamento pode decorrer uma luta desigual pela manutenção da vida a qualquer custo, indiferentemente da vontade do doente e de seus familiares.

Pode também ser estabelecida uma condição de intransigência do médico quanto à real possibilidade de morte do doente. Tal conduta pode trazer como consequência a agonia prolongada, dor e sofrimento ao doente e seus familiares. (7)

Alternativas discutidas entre profissionais de saúde e a sociedade dizem respeito a um conjunto de atitudes e procedimentos que, levando em consideração a integridade da pessoa, respeita seus direitos e sua autonomia de decidir sobre a sua morte.

Nesses casos, considera-se que a retirada e suspensão de tratamentos dolorosos, inúteis e dispendiosos de manutenção de vida, possibilitam que o doente em fase terminal de doença grave e incurável e seus familiares compartilhem da decisão sobre o seu destino.

A manifestação prévia do doente aos acontecimentos da fase terminal de vida levou o Conselho Federal de Medicina a elaborar as **Diretivas Antecipadas de Vontade dos Pacientes**, abaixo em sua íntegra:

CONSIDERANDO a necessidade, bem como a inexistência de regulamentação sobre diretivas antecipadas de vontade do paciente no contexto da ética médica brasileira;

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a conduta do médico em face das mesmas;

CONSIDERANDO a atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as diretivas antecipadas de vontade;

CONSIDERANDO que, na prática profissional, os médicos podem defrontar-se com esta situação de ordem ética ainda não prevista nos atuais dispositivos éticos nacionais;

CONSIDERANDO que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo;

CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 9 de agosto de 2012, resolve:

**Art. 1º** Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

**Art. 2º** Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente. (8)

A Resolução: *Diretivas Antecipadas de Vontade dos Pacientes* tem o objetivo de estimular médicos e pacientes a conversarem sobre os futuros desdobramentos quando de um agravo de saúde, que põem em risco a saúde de uma pessoa, especialmente quando do diagnóstico e tratamento de doenças graves e incuráveis.

Esta conversa deverá acontecer em qualquer momento e não só na fase terminal destas doenças, por isso: diretivas antecipadas.

Com relação aos saudáveis, penso que na consulta médica, quando se estabelece um vínculo de empatia e confiança entre médico e paciente, as questões relacionadas ao fim da vida podem ser conversadas.

## Referências

- 1- Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Ed. Saraiva, 2005. (Coleção Saraiva de Legislação)
- 2- Brasil. Conselho Federal de Medicina (2009). *Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- 3- Beauchamp, T.L.; Childress, J. T. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press. 2001
- 4- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Seção 1, p. 169.
- 5- Leone S, Privitera S, Cunha JT da (coords). *Dicionário de bioética*. Aparecida, SP: Editora Santuário. 2001.
- 6- Brasil. Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009*. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 2009
- 7- Pessini L. *Distanásia: até quando prolongar a vida*. São Paulo: Loyola; 2001.
- 8- Brasil. Resolução CFM nº 1.995, 9 De Agosto De 2012. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo; Brasília, 31 ago. 2012, Seção 1, p.269.

*Data de recebimento: 22/04/2015; Data de aceite: 25/05/2015.*

\*Texto elaborado a partir da apresentação realizada no Seminário: *Longevidade e Testamento Vital: estamos preparados?*, realizado pelo Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento – OLHE, em 18/03/2015 em São Paulo.

---

**Reinaldo Ayer de Oliveira** - Médico. Professor de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Coordenador do Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Email: [raye@usp.br](mailto:raye@usp.br)