

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

RUA VICTÓRIO VIEZZER, 84 - CAIXA POSTAL 2.208 - CEP 80810-340 - CURITIBA - PR
FONE: (41) 3240-4000 - FAX: (41) 3240-4001 - SITE: www.crmpr.org.br - E-MAIL: protocolo@crmpr.org.br

PARECER Nº 2285/2010 CRM-PR

PROCESSO CONSULTA N.º 151/2010 – PROTOCOLO N.º 18026/2010

ASSUNTO: RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

PARECERISTA: CONS.^a EWALDA VON ROSEN SEELING STAHLKE

EMENTA: Distanásia, eutanásia passiva, ortotanásia e cuidados paliativos

CONSULTA

Em e-mail, encaminhado a este Conselho Regional de Medicina a Dr.^a D. G. J. P., faz consulta com o seguinte teor:

“Solicitação: Após avaliar última Resolução CFM de Ética Médica, solicito a gentileza do parecer da seguinte questão: Sou cardiopediatra e intensivista, trabalho na UTI cardíaca do Hospital Pequeno Príncipe, alguns de nossos pacientes apresentam cardiopatias congênitas complexas graves e após esgotados todos os recursos clínicos e cirúrgicos não apresentam melhora ou perspectiva de melhora. A dúvida que tenho e muitos colegas intensivistas é: se o representante legal do paciente não aceita os cuidados paliativos e acusa a equipe médica de negligência até quando "empreender ações diagnósticas e terapias obstinadas"? Exemplo 1: paciente, 5 meses, com drenagem anômala de veias pulmonares inoperável pela hipertensão pulmonar grave, VM prolongada altos parâmetros, sem possibilidade de extubação, quadros sépticos de repetição. Exemplo 2: Sd. Down, 8 meses entubada com bronquiolite obliterante grave com prognóstico reservado pela pneumologia, IM grave pós EB, sépsis de repetição... Quando dizer chega se a família não admite cuidados paliativos?? Agradeço antecipadamente, Dra D. G. J. P. Justificativa: Distanásia?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O tema é de fundamental importância e tem motivado debates e artigos entre os profissionais das áreas médica, jurídica, teológica e da sociedade organizada, tampouco será esgotada neste parecer. O levantamento bibliográfico sobre a decisão em prolongar a vida a qualquer custo está sempre associada ou ao médico ou ao próprio paciente, independentemente da motivação, seja por obstinação daquele ou por necessidade ou vontade deste, no entanto, a família responsável por menor ou por dependente, pouco é considerada nestes artigos, embora exista a recomendação de mantê-la informada e com ela tomar a decisão quando o paciente não possuir mais autonomia para tal.

O ponto a ser discutido relaciona-se à insistência dos familiares ou dos responsáveis para a utilização de terapias ou medidas que possam ser caracterizadas como distanásia, em desacordo com a equipe multiprofissional que atende ao paciente.

Até meados do século XVII, a morte era aceita como uma ocorrência natural e seu significado transcendido através da religião, era um momento totalmente humanizado, o qual tentava-se tornar o mais confortável possível com a presença dos familiares e dos amigos, fosse para despedir-se ou para ser dito o até então não dito, entretanto, com o advento da medicina moderna, a morte tornou-se uma inimiga a ser combatida,

melhor seria se a denominássemos **morte precoce ou antecipada**.

É inquestionável o **direito primordial** do paciente, **de qualquer idade, em pleitear o alívio da sua dor, uma melhor qualidade de vida ou uma melhor qualidade de morte**. Conceitualmente, **qualidade de vida é a distância entre as aspirações e a possibilidade de realização desses sonhos**, ela é ruim quando existe um grande distanciamento desta perspectiva.

O cuidado médico é um continuum e não há dúvida alguma que **o objetivo principal da prática médica, é modificar a história natural da doença**, cuja correspondência é a fase curativa, onde o desconforto trazido pelos medicamentos suplanta o mal produzido pela doença; no entanto, temos diversas situações em que as terapias ou procedimentos utilizados causam efeitos colaterais que se sobrepõem aos benefícios da eliminação da doença base, seja adquirida ou congênita, em que as recidivas, as dores e as comorbidades tornam contraditórias ou ambivalentes as terapêuticas instituídas. Frente a esta situação na metade do século XX surgiu o conceito de **cuidados paliativos, ou seja, a utilização de recursos com a finalidade de atenuar um mal ou adiar uma crise**, que não tem a intenção de curar, mas de mitigar o sofrimento causado, no caso, por uma doença.

Como norteador da prática médica, o Código de Ética Médica vigente (Resolução do CFM n.º 1931/2009), também inclui o tema, que em seus princípios fundamentais assim se manifesta: “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”, mais adiante temos que “nas **situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados**”, e na mesma linha de raciocínio o capítulo V, em especial o parágrafo único, está assim redigido “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”.

A Organização Mundial de Saúde define os **Cuidados Paliativos** como a **assistência ativa e integral** a pacientes cuja doença não mais responde ao tratamento curativo, visando em especial a garantia da melhor qualidade de vida, tanto para o paciente como para seus familiares.

A Medicina Paliativa, calcada no Código de Ética Médica, tem como princípios básicos que a morte é um processo normal; que não se deve apressar ou retardar a morte; que é essencial promover o alívio da dor e de outros sintomas incomodativos; que a integração dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais permitem ao paciente aceitar a própria morte da forma mais natural e integral possível; que é necessário oferecer suporte para que o paciente possa viver da forma mais ativa e criativa possível até a morte; assim como oferecer suporte para os familiares durante a doença do paciente e no seu luto.

Para melhor juízo é necessário o entendimento sobre a diferença entre omitir ou suspender arbitrariamente condutas que ainda seriam indicadas e que poderiam trazer benefícios ao paciente, caracterizando a **eutanásia passiva**, em contrapartida das condutas médicas restritivas, lastradas em critérios médicos e científicos de indicação ou não-indicação, optando-se conscienciosamente pela abstenção de algo que serviria somente para prolongar a vida artificialmente, sem proporcionar melhora à existência terminal, o que caracterizaria a **ortotanásia**. Diferentemente das anteriores a **distanásia** é a morte decorrente de um abuso na utilização dos recursos médicos, mesmo quando flagrantemente infrutíferos para o paciente, de maneira desproporcional, impingindo-lhe maior sofrimento ao identificar, sem reverter, o processo de morrer já em curso.

A ortotanásia, na definição da Dra Villas-Bôas, é o objetivo médico quando já não se pode buscar a cura, e visa prover conforto ao paciente, sem interferir no momento da morte, sem encurtar o tempo natural de vida nem adiá-lo indevida e artificialmente, possibilitando que a morte chegue na hora certa, quando o organismo

efetivamente alcançou um grau de deterioração incontornável; e mais do que uma atitude, a ortotanásia é um ideal a ser buscado pela Medicina e pelo Direito, dentro da **inegabilidade da condição de mortalidade humana**.

A prática da ortotanásia visa a evitar a distanásia, esta, segundo Palmer, submeteria o paciente a uma degeneração antinatural, lenta e muitas vezes dolorosa, apenas por ser tecnicamente possível, o que não só seria incivilizado e sem compaixão para o paciente e sua família, mas também violação da liberdade individual, uma vez **que o direito à vida não inclui o dever de adiar indefinidamente a morte natural**, pelo uso de todos os recursos protelatórios existentes, mesmo quando sumamente cruentos e contra-indicados; **não há pois um dever de sobrevida artificial**.

A Dra Maria Elisa Villas-Bôas, pediatra, bacharel, mestre e doutora em Direito, em interessante artigo na Revista Bioética do Conselho Federal de Medicina, assim se expressa que:

“A hipótese defendida é a de que a restrição de recursos artificiais não é crime se eles não representam benefício efetivo para o enfermo sendo, unicamente, condições de obstinação terapêutica. A indicação ou contra-indicação de uma medida é **decisão médica**, que deverá ser discutida com o paciente e sua família, para garantir a dignidade da pessoa humana em final de vida. **Mesmo a pedido da família as medidas não devem ser mantidas indefinidamente, pois isso implicaria agressão desnecessária ao paciente, o que não é objetivo nem dever médicos**. Decisões de não-tratamento, de omissão ou de suspensão de suporte vital fútil não são nem devem ser considerados atos de eutanásia, mas de exercício médico regular”. Nesse sentido, Pessini e Barchifontaine advertem: iniciar ou continuar um tratamento que é medicamente fútil ou que não preveja um efeito benéfico é considerado prática não-profissional. **Nenhum médico é obrigado a iniciar um tratamento que é ineficaz ou que resulta somente no prolongamento do processo do morrer**. Aliviar a dor e o sofrimento é considerado um dever médico, mesmo quando as intervenções implicam que a vida pode ser abreviada como conseqüência. A Dra Villas-Bôas destaca que **o fato de os recursos existirem não os torna obrigatórios em todos os casos, mas apenas naqueles para os quais estão efetivamente indicados como terapêutica proporcionalmente útil e benéfica**. Nesse mesmo sentido, Roxin adverte que inexistente um dever jurídico de manter a qualquer preço a vida que se esvai, pois medidas de prolongamento da vida não são obrigatórias, pelo simples fato de que sejam tecnicamente possíveis. Na mesma ótica, Carvalho aponta: esses progressos trouxeram consigo a obstinação terapêutica, na medida em que a superveniência da morte passa a ser vista como fracasso médico e a vida tende a ser perseguida e prolongada indefinidamente, a todo custo; o acréscimo de dias ou horas a uma existência que se tornou um ônus e uma tortura para o indivíduo, por vezes contra sua vontade, quando o organismo já se encontra em falência global e irremediável, não pode ser visto como benefício ou dever médico.

Os cuidados paliativos, por sua vez, são sempre devidos, pois correspondem à proteção inafastável à dignidade da pessoa, como atitude de respeito pelo ser humano. Por cuidados paliativos entendem-se os cuidados que visam ao conforto do paciente, sem interferir propriamente na evolução da doença e de que são exemplos a analgesia e outras medicações sintomáticas, a higienização, a atenção devida à pessoa e à família naquele momento de dificuldade. Para Torreão, em consonância com a definição adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), são as ações empregadas no paciente terminal com o objetivo principal de melhorar a sua qualidade de vida. Não só o paciente terminal, mas todos os enfermos, indistinta e incontestavelmente, fazem jus a esses cuidados.

Para termos noção da importância do tema, os cuidados paliativos constam, entre outros, nos seguintes documentos:

- Recomendação 779/1976, Conselho Europeu: Direitos dos doentes e moribundos;
- II Concílio Ecumênico do Vaticano, 1980: Declaração sobre a eutanásia;
- Comunicado de Tóquio, Cúpula Global de Comissões Nacionais de Bioética, 1998;

- Recomendação 1.418/1999, Conselho Europeu: Proteção dos direitos humanos e da dignidade dos doentes incuráveis e terminais;
- V Assembléia Geral, Pontifícia Academia da Vida, 1999: A dignidade da pessoa que está morrendo;
- Parecer 63/2000, Comitê Consultivo Nacional de Ética da Saúde e Ciências da Vida da França: Final de vida, terminando a vida, eutanásia.

Léo Pessini, Professor e Doutor em Teologia Moral, em artigo na Revista Bioética define “*distanásia como uma ação, intervenção ou procedimento médico que não atinge o objetivo de beneficiar a pessoa em fase terminal e que prolonga inútil e sofridamente o processo do morrer, procurando distanciar a morte; os europeus a chamam de obstinação terapêutica; e os norte-americanos, de medicina ou tratamento fútil e inútil*”; e destaca que “*este paradigma médico da benignidade humanitária e solidária*” em conjunto com “*a teologia moral procuram outras abordagens na tentativa de resolver o dilema entre tratar o doente terminal em excesso (distanásia) ou deixar de tratá-lo o suficiente (eutanásia), as duas têm em comum provocar a morte “fora da hora; procurando “mostrar que atribuir grande valor à vida humana não significa optar por uma frieza cruel diante do sofrimento e dor do paciente terminal*”; sendo que a medicina que atua dentro deste conceito e considera a “saúde como bem-estar tende a optar por um meio-termo: o processo de morrer, mas procurar uma morte sem dor, na hora certa, cercada de ternura, enfim, digna”.

No mesmo texto, Pessini, faz menção à Lei nº 10.241/99 do estado de São Paulo que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado, que em seu artigo 2º, XXII, permite ao cidadão “*recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida*” e ainda no parágrafo XXIV “*optar pelo local de morte*”. Segue-se o comentário sobre estes parágrafos proferido pelo teólogo moralista Dr. Márcio Fabri dos Anjos: “*O prolongamento não razoável, a qualquer custo, quando a hora da morte já chegou, é distanásia: do grego *dis* + *thanasia*, “morte lenta”, ansiosa e com muito sofrimento; pode ser até violência, uma vez que acaba submetendo a pessoa a recursos terapêuticos dolorosos ou degradantes, que não levam a nada; o inciso XXIII, portanto, dá **substrato humano à terminalidade**”.*

Pessini continua com as seguintes colocações “*ocorre que as decisões médicas são sempre prováveis, quase nunca dominadas pela certeza. Surge, então, a questão de se identificar um índice aceitável para a tomada de decisões que envolvem pacientes críticos. Trata-se, enfim, de optar por uma decisão prudente que reduza ao máximo a probabilidade de erro. A incerteza, pois, deve reduzir-se a um mínimo prudencial que não é absoluto*”. Segundo Diego Gracia, eminente médico e bioeticista espanhol esse “*limite está entre 1% e 5%; assim sendo, poder-se-iam considerar fúteis todas as medidas de suporte vital em um paciente crítico cujas chances de morrer são superiores a 95%; procedimentos médicos fúteis não contemplam a beneficência, sendo eticamente maléficas, portanto condenáveis*” e sem “*sustentação moral; em suma, praticar distanásia significa executar procedimentos médicos fúteis, extraordinários e desproporcionais que apenas adiam por um curto período de tempo a morte que se sabe, para o caso, inevitável*”.

Perseguindo esta trilha humanista, o Dr. Márcio Pallis Horta resume com felicidade, na visão do Dr Pessini, esta questão polêmica e aponta para um desafio: “*Quando a vida física é considerada um bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria. A medicina promove implicitamente esse culto idólatra da vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte. Rebelarmo-nos contra a organização médica do morrer é tarefa inadiável. A medicina e a sociedade brasileira têm hoje diante de si um desafio ético, ao qual é mister responder com urgência, o de humanizar a vida no seu ocaso, devolvendo-lhe a dignidade perdida. Centenas ou talvez milhares de doentes estão hoje jogados a um sofrimento sem perspectiva em hospitais, sobretudo nas suas terapias intensivas e emergências. Não raramente, acham-se submetidos a uma parafernália tecnológica que não só não consegue*

minorar-lhes a dor e o sofrer como ainda os prolonga e os acrescenta, inutilmente”.

Ainda na visão de Kipper, **“o contexto de decisões médicas no final da vida é sempre um momento único, crítico e absolutamente individual para o médico, o paciente e os familiares. Estas decisões são menos complicadas quando existe uma boa relação médico-paciente-família e quando se tem a convicção de que a conduta proposta é a melhor para aquele doente, naquele lugar e naquele momento”.**

“Diálogo é a palavra-chave na relação médico-paciente-família. Na visão do médico Joaquim Antônio César Mota, quem trabalha com pacientes criticamente enfermos além de ter um treinamento intensivo e extensivo de técnicas de preservação e/ou restauração das funções vitais dos mesmos, necessita estar preparado para refletir sobre estas questões e ser capaz de dialogar com todas as partes envolvidas no processo, que tem como interlocutores os pacientes, os familiares e outros profissionais comprometidos na atenção do paciente. Esse diálogo deve ter como meta o melhor interesse do paciente, sem o que perde o sentido, além de assumir como pressuposto que a ciência não pode responder às questões éticas, embora as fundamente via análise de dados e perspectivas científicas. **A escolha é sempre fruto de uma decisão ética.** Este é o desafio ético no cuidado do paciente criticamente enfermo. Quando e como agir, fazendo o melhor possível para atender aos seus interesses, sem transpor a linha da futilidade, tarefa difícil, bem mais que apenas dominar o uso de tecnologia sustentadora de vida”.

Reinaldo Ayer Oliveira, também em artigo na Revista Bioética, pondera sobre a *“complexa compreensão do que significa um ser humano, sobretudo considerando conceito de vida como as **relações entre seres e, destes, com o meio em que vivem.** Na relação médico-paciente, pensar na família significa pensar no paciente, no pai, na mãe, no marido, nos filhos, etc. Mas o conceito de família deve ser ampliado às pessoas que realmente têm preocupação com aquele paciente, como o companheiro, o amigo, o vizinho, o padre, o rabino, o pastor, a enfermeira, etc. A questão da família deve ser tratada com especial cuidado. Ampliar o conceito de família é uma postura ética que devemos assumir como cidadãos e cidadãs, que certamente tornará mais fácil, na sociedade, a discussão da questão da terminalidade da vida”.*

Portanto, são pais, familiares, amigos e religiosos, **extremamente dedicados, repletos de fé e de desmedido amor, que estão lutando com todas as forças pelo ente querido, no caso o filho muito amado e também por algo que acham absolutamente correto.** Explicar com paciência e compaixão, a todos os envolvidos, com a participação de parte ou se possível de toda a equipe que atende ao paciente, com detalhes sobre a verdadeira condição, no caso, do pequeno paciente, dar um tempo para reflexão, demonstrar que não há indiferença, e que o problema não está nos custos, mas na falta de probabilidades e perspectivas, que a equipe se importa com todos, mas em especial com o bravo ser humano que se encontra sob seus cuidados, que a exposição a toda uma gama de procedimentos pode ter em si o risco de até abreviar mais rapidamente esta vida, que o respeito que esta vida enseja não justifica toda uma sequência de atos desumanos, mas que se trata de dar assistência e suporte sem aumentar o grau de sofrimento, e que se o pequeno enfermo pudesse escolher, certamente escolheria não submeter-se a procedimentos inúteis. Quando a luta é irremediavelmente perdida, inicia a compaixão, **o amor que verdadeiramente liberta a alma e dá a ela a condição de descansar em paz.**

Compaixão (do latim *compassione*) pode ser descrito como a compreensão do estado emocional de outrem. A compaixão freqüentemente combina-se a um desejo de aliviar ou minorar o sofrimento de outro ser senciente, bem como demonstrar especial gentileza com aqueles que sofrem. A compaixão diferencia-se de outras formas de comportamento prestativo humano no sentido de que seu foco primário é o alívio da dor e sofrimento alheios.

Somos essencialmente mortais e a manutenção da vida em algum momento poderá ser uma atitude fútil, desprovida de bom senso. O médico não é obrigado ética e moralmente a preservar a vida a “todo custo”, mas tão somente quando do ponto de vista biológico for sustentável e não um mero prolongador do

processo de morte. Também não cabe ao médico o papel nem o direito de reduzir o tempo de vida do paciente. **Não é o caso de tratar ou não tratar, mas, qual o tratamento mais apropriado do ponto de vista biológico, do paciente, da equipe, e das circunstâncias.**

Ao tornar-se terminalmente doente, ou severamente limitado física e mentalmente, mesmo que eventualmente possa existir uma mínima e remota possibilidade de melhora inesperada, ocorrem ocasiões nas quais se torna mais apropriado “**dar uma chance para a morte**”, traduzido aqui como um **ato de amor supremo**, ou seja, permitir que o ser muito amado parta, quando nada mais existe para se recuperar, correndo o risco de através de intervenções invasivas, que podem gerar dor e desconforto, prolongar a vida de quem, exaurido, permanece vivo, para confortar e preparar seus dedicados pais ou responsáveis para sua inevitável partida.

É essencial que todos os envolvidos tenham serenidade suficiente para identificar a fase paliativa, onde a Medicina não tem mais que vencer a doença ou a morte, mas aliviar o sofrimento, limitar o mal e acalmar a dor, momento em que a medicina chamada curativa não tem mais o direito de imiscuir-se na vida daqueles que daquela não necessitam mais, restando ao médico a sua mais nobre função, ou seja, consolar e solidarizar-se ao paciente e seus familiares até o momento do término de sua vida.

Em resumo, não é o caso de tratar ou não tratar, mas de considerar que em situações clínicas irreversíveis e terminais, deve o médico propiciar aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados, pois o simples fato dos recursos existirem não os torna obrigatórios em todos os casos, mas apenas naqueles para os quais estão efetivamente indicados como terapêutica proporcionalmente útil e benéfica, evitando assim uma agressão desnecessária ao paciente, mesmo que a pedido da família as medidas não devem ser mantidas indefinidamente. É portanto uma decisão médica, e nenhum médico é obrigado a iniciar um tratamento que é ineficaz ou que resulta somente no prolongamento do processo do morrer, inexistente um dever jurídico de manter a qualquer preço a vida que se esvai, pois medidas de prolongamento da vida não são obrigatórias, pelo simples fato de que sejam tecnicamente possíveis.

Para concluir citamos a frase da Dra Villas-Bôas de que “*não se pode esquecer jamais que a pessoa humana não é um objeto, um meio, mas um fim em si mesmo e como tal deve ser respeitada; a ciência e seus recursos devem existir para o bem do homem, e não o inverso*”.

É o parecer, s. m. j.

Curitiba, 08 de novembro de 2010.

Cons.^a EWALDA VON ROSEN SEELING STAHLKE
Parecerista

Aprovado em Sessão Plenária n.º 2646 de 13/12/2010 – CÂM II

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Resolução CFM n.º 1805/2006
2. Parecer CRMPR n.º 1139/1999
3. Parecer CRMPR n.º 2001/2008
4. Código de Ética Médica
5. Cap. I – Artigos 2.º, 3º e 22º
6. Cap. V- integra
7. Wikipédia

8. www.cuidadospaliativos.com.br
9. Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
10. Estamos Preparados Para A Medicina Paliativa No Brasil?; Jacira Caracik de Camargo Andrade, Antônio Carlos de Camargo Andrade Filho
11. Parecer n.º 1139/99-CRM/PR; Dr José Eduardo de Siqueira
12. Terminalidade da vida em situação de morte encefálica e de doença incurável em fase terminal; Reinaldo Ayer Oliveira *vol 13 n 2 Rev.Bioética*
13. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: Uma Discussão Sobre A Ortotanásia. Junges JR, Cremonese C, Oliveira EA, Souza LL, Backes V. *Revista Bioética* 2010; 18(2):275-88
14. A ortotanásia e o direito penal brasileiro; Maria Elisa Villas-Bôas , *Revista Bioética* 2008 16 (1): 61 – 83