



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS – CCM
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA**

GUSTAVO DÊNIS PAIVA WHITEHURST

**ASPECTOS ÉTICOS MÉDICOS DAS DIRETIVAS
ANTECIPADAS DE VONTADE E ORDENS DE NÃO
RESSUSCITAÇÃO**

**JOÃO PESSOA
2021**

GUSTAVO DÊNIS PAIVA WHITEHURST

ASPECTOS ÉTICOS MÉDICOS DAS DIRETIVAS
ANVECIPADAS DE VONTADE E ORDENS DE NÃO
RESSUSCITAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial da obtenção do grau de
Médico, pelo Curso de Medicina do Centro de
Ciências Médicas da Universidade Federal da
Paraíba.

Orientador: Prof. Ms. Eduardo Gomes de Melo.

JOÃO PESSOA
2021

**Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

W592a Whitehurst, Gustavo Denis Paiva.

Aspectos éticos médicos das diretrivas antecipadas de vontade e ordens de não ressuscitação / Gustavo Denis Paiva Whitehurst. - João Pessoa, 2021.
31 f.

Orientação: Eduardo Gomes de Melo.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Ordem de não ressuscitação. 2. Cuidados paliativos.
3. Ortotanásia. I. Melo, Eduardo Gomes de. II. Título.

UFPB/CCM

CDU 614.253(043.2)

Nome: **GUSTAVO DÊNIS PAIVA WHITEHURST**

Título: **ASPECTOS ÉTICOS MÉDICOS DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E ORDENS DE NÃO RESSUSCITAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina em Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba como requisito à obtenção da colação de grau em Medicina.

Aprovado em: 15 de 05 de 2021.

Banca Examinadora

Prof (a).	ESTHER BASTOS PALITOT:6760629 6472	Assinado de forma digital por ESTHER BASTOS PALITOT:67606296472 Dados: 2021.05.10 16:35:03 -03'00'
Instituição	Universidade Federal da Paraíba.	
Julgamento	<u>APROVADO</u>	
Prof (a).	Igor de Lucena Mascarenhas	Assinado de forma digital por Igor de Lucena Mascarenhas Dados: 2021.05.10 19:38:10 -03'00'
Instituição	Universidade Federal da Paraíba	
Julgamento	<u>APROVADO</u>	
Prof.	<i>Eduardo Gomes de Melo</i>	
Instituição	Universidade Federal da Paraíba.	
Julgamento	<u>Aprovado!</u> <u>Nota 10,0</u>	

AGRADECIMENTOS

Ao nosso Deus, Pai criador de tudo, pela possibilidade de estar aqui e de me permitir ser instrumento de Sua bondade, auxiliando aqueles que precisarem de cuidado e de atenção. Senhor, fazei de mim um instrumento de vossa Paz!

À minha amada mãe, Jacqueline Vale de Paiva, por sua compreensão do meu desejo de trilhar esse caminho e por seu irrestrito apoio para a conclusão dessa etapa de minha vida. Sempre foi meu norte de moral, de conduta e de consciência acerca da importância da caridade. Com ela aprendi a andar, falar, ouvir e respeitar os mais velhos, a amar os pequenos, e aprendi também que, para ser grande na vida, é preciso, principalmente, respeito.

Ao meu pai, Harold von Söhsten Whitehurst, *in memoriam*, por ter me ensinado a pensar e ponderar, sempre estudar mais, defender a moral sem sangue, honrar a virtude e comer e vestir do suor do meu rosto. Seguindo seus passos, nunca desviei do caminho reto. Por seu intermédio saúdo também minha avó (sua mãe) Alba von Söhsten Whitehurst e meu avô materno, Prof. Romildo Paiva de Sousa, de saudosas memórias. Sigo na certeza do reencontro eterno.

À minha esposa Edvanda e minhas filhas Júlia, Elenita e Marina, pela renovação diária das forças para seguir lutando. Joelhos ralados, espinhos, febres, gargantas inflamadas, olhos “coçantes”, brotojas e dores de barriga foram meus primeiros desafios na medicina. Aprendi com elas que a confiança do paciente no médico é importante para o sucesso terapêutico. Mas também fui muitas vezes consultado e examinado, onde se ouvia o “coração do papai”, que sempre batia mais alegre por estar próximo a elas. E, ao final de cada dia, muitas vezes madrugada à dentro, sempre haviam dois braços a me aguardar, com aconchego para esquecer das agruras diárias e dormir em paz.

À minha avó D. Elenita, pelo amor. O verdadeiro amor! E por seu intermédio, saúdo aos meus familiares, em sua totalidade, pelo apoio nessa caminhada para a conclusão do curso e por suas compreensões em deixar de participar de eventos familiares para poder me dedicar às atividades da graduação. Nominalmente, agradeço a meus irmãos, Eduardo e Romildo, meus sogros, Gilvando e Edinha, meus padrinhos Romero e Jerusa, e aos médicos da família, Prof. Dr. Liberalino, sua

esposa Dra. Geórgia e minha tia Dra. Helenice, pelas valiosas lições sobre a arte médica e suas particularidades.

Aos meus amigos da UFPB, em especial a João Batista Rabêlo, pelo apoio durante o curso, por sua compreensão das minhas dificuldades e limitações e pela sua irrestrita fidelidade, por intermédio do qual saúdo todos os demais, nominando Caio Vinícius, Felipe Holanda, Juarez Nóbrega, Khatia Regina, Nadja França e Tayze Arruda, por intermédio dos quais saúdo a todos da turma. Sem suas ajudas, certamente não teria obtido o sucesso ora alcançado.

Foi no Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba, onde aprendi a admirar a medicina e donde surgiu o interesse por enveredar nessa arte. Recebi irrestrita compreensão das necessidades de um aluno de medicina, nunca me tendo sido imposto qualquer óbice para que chegar até aqui. Meu muito obrigado a todos os Conselheiros, nominalmente aos Conselheiros Presidentes, Prof. Dr. João Gonçalves de Medeiros Filho, Prof. Ms. Roberto Magliano de Moraes e Prof. Dr. João Modesto Filho, por intermédio de quem estendo meus agradecimentos à todas as Diretorias daquele Regional, pela confiança em mim depositada, e por me assegurarem a possibilidade de aqui chegar. Gostaria aqui de agradecer, também, aos Conselheiros Prof. Dr. Walter Fernandes de Azevedo, Prof. Ms. Marco Aurélio Smith Filgueiras, Prof. Dr. Wilberto Trigueiro, Prof. Dr. Flávio Rodrigo Araújo Fabres e Ms. Klécius Leite Fernandes. Por seus intermédios saúdo todos os conselheiros e ex-conselheiros – muitos dos quais tive a honra de ter como professores nesta Universidade. Fui agraciado com a convivência e aprendizado sobre a medicina, em todas as suas dimensões. Aos meus colegas funcionários e auxiliares, irrestritamente, meu muito obrigado pela compreensão dos momentos de ausência, pelo apoio e ajuda para prosseguir nas atividades diuturnas.

Aqui também quero agradecer aos meus amigos de toda a vida: Yvson Vasconcelos - parceiro “certo das horas incertas” - e sua mãe Iracilda de Vasconcelos, *in memoriam*; aos colegas do curso de direito, nominando o Dr. Igor Mascarenhas e o Dr. Lucas Rangel; aos colegas dos saudosos tempos de CEFET-PB, Prof. Dr. Thiago Fernandes, José Antônio e Aelson Ayres; aos colegas dos clubes de carros antigos, dos quais cito Jefferson Paiva e Miguel Peres e a todos os outros que também tem sua parcela nessa empreitada, meu muito obrigado.

Agradeço ao professor orientador, o Mestre Eduardo Gomes de Melo, que, além do tempo e paciência dispendidos em orientar este trabalho e seu escritor, sempre esteve disposto a ajudar em que fosse necessário. Sua dedicação e obstinação foram fundamentais para atingir este objetivo. Agradeço também à Profa. Dra. Esther Bastos Palitot, que teve participação fundamental em minha formação, orientando-me, além da dermatologia, pelas veredas das atividades extracurriculares e de pesquisa científica. Acolheu-me como a um filho e, por seu nome, agradeço a todo o corpo docente. Ao Prof. Dr. Eduardo Sérgio, por sua incansável luta pelo Curso de Medicina da UFPB e pelo Centro de Ciências Médicas, para alça-los à excelência na educação superior, meu irrestrito agradecimento e, por intermédio dele, relembro Severino "Biu" Ramos de Lima, em sua luta e nesses quase três anos de sentida ausência. Agradeço também ao Prof. Dr. José Givaldo, a Profa. Dra. Valderez Ramos, ex-coordenadores que se dedicaram de corpo e alma ao curso, e aos Prof. Dr. Estácio Amaro e Prof. Dr. Maurus Holanda, atuais coordenadores. Por seus intermédios, agradeço a todos os servidores e auxiliares da UFPB.

Agradeço, por fim, ao Prof. Dr. Marcelo Tissiani, Superintendente do HULW e ao Prof. Dr. Eduardo Fonseca, por intermédio de quem saúdo e agradeço a todos os preceptores, equipes de apoio, servidores e auxiliares do Hospital Universitário Napoleão Laureano, escola de medicina e de vida.

Peço ao Altíssimo poder honrar a todos no exercício do mister médico.

“Tenha em mente que tudo que você aprende na escola é trabalho de muitas gerações. Receba essa herança, honre-a, acrescente a ela e, um dia, fielmente, deposite-a nas mãos de seus filhos.”

Albert Einstein

“Sempre achei que um dos mais graves problemas dos países subdesenvolvidos é sua incompetência na descoberta dos seus verdadeiros inimigos. Assim, por exemplo, os responsáveis pela nossa verdadeira pobreza não são o liberalismo nem o capitalismo, em que somos noviços destreinados, e sim a inflação, a falta de educação básica e um assistencialismo governamental incompetente, que faz com que os assistentes passem melhor do que os assistidos.”

Roberto Campos

ASPECTOS ÉTICOS MÉDICOS DAS ORDENS DE NÃO RESSUSCITAÇÃO

Gustavo Dênis Paiva Whitehurst

Prof. Ms. Eduardo Gomes de Melo

Resumo: As Ordens de Não Ressuscitação – ONR ainda se revelam em um dilema ético para profissionais de saúde – em especial médicos – que tem o dever de lidar com essa determinação prévia de vontade de pacientes e/ou familiares ou indica-la, quando não há nenhuma diretiva antecipada de vontade e se encontram diante de um paciente para o qual a medicina – apesar de seus incontáveis avanços – ainda não dispõe de meios para tratar o mal que o acomete e que, certamente, findará por ceifar aquela vida. Tais pacientes, em grande parte, já se encontram em protocolos de cuidados paliativos/proportionais e tem consciência da aproximação do fim. Entretanto, tais ordens também são admitidas ou indicadas para pacientes com severas malformações - incompatíveis com a continuidade da vida – ainda enquanto neonatos ou em tenra idade. Buscou-se então analisar os aspectos éticos dessas ordens e como devem se processar tais comandos, quais os critérios a ser considerados para a indicação das ONR's, como deve se portar o profissional médico ante ONR anteriormente e legalmente determinada e como essas devem ser validadas e registradas em prontuário médico para que não haja reflexos ético-profissionais e penais em desfavor do médico.

Palavras-chave: Ordem de não ressuscitação. Cuidados paliativos. Ortotanásia.

Abstract: Do Not Resuscitate – DNR orders still reveal an ethical dilemma for health professionals - especially physician - who have a duty to deal with this living will of patients and/or family members or to indicate it, when there is none advance directive of will and in front of a patient for whom medicine - despite its countless advances - still does not have the means to treat that affects him and that, certainly, will end by taking that life. These patients, for the most part, are already in palliative/proportional care protocols and are aware of the approach of the end. However, such orders are also admitted or indicated for patients with severe malformations - incompatible with the continuity of life - even when they are newborns or at a young age. It was then sought to analyze the ethical aspects of these orders and how these commands should be processed, what criteria should be considered for the indication of ONR's, how should the medical professional behave before ONR previously and legally determined and how they should be validated and registered in medical records so that there are no ethical-professional and penal reflexes to the disadvantage of the doctor.

Palavras-chave: Do Not Resuscitate Orders. Palliative Care. Orthothanasia.

1. INTRODUÇÃO

As Ordens de Não Ressuscitação ou Ordens de Não Reanimar são um tipo específico de limitação de esforço terapêutico que inclui não reanimar um paciente em caso de parada cardiorrespiratória (PCR) que venha a ocorrer por causa não iatrogênica. Consiste em não massagear, desfibrilar ou administrar drogas na PCR no momento em que o paciente estiver prestes a sofrer ou estiver em tal evento. Neste momento, o melhor a fazer é chamar a família para estar do lado, proporcionando privacidade para se despedir do paciente.

Embora o conceito seja bem cristalino, sua determinação – seja pelo paciente, seja pela equipe de saúde – em grande parte dos casos não está bem delimitada e, por muitas das vezes, pode não ser bem interpretada pelos familiares dos pacientes que, por diversos motivos, findam por acusar o médico e a equipe de negligência ou omissão de socorro. Assim, é importante definir os aspectos éticos das Ordens de Não Ressuscitação ou Ordens de Não Reanimar – ONR's, considerando-se a ética médica, a bioética e o ordenamento jurídico pátrio, e sua aceitação pelos conceitos de dignidade da pessoa humana – mais precisamente o direito à dignidade da morte, a disposição do próprio corpo, a ortotanásia e o testamento vital.

Para tanto, elaborou-se uma pesquisa bibliográfica, exploratória e qualitativa, tendo como base livros, artigos científicos de publicações tanto em periódicos da área do direito médico quanto da medicina, bem como legislações pertinentes – resoluções do Conselho Federal de Medicina, Portarias do Ministério da Saúde, Leis e Estatutos em vigor no Brasil.

Buscou-se, então, analisar o caráter humanístico e ético das Ordens de Não Ressuscitação, na perspectiva do direito do paciente em congruência com o exercício ético da medicina, com enfoque principal em situações de pacientes submetidos aos cuidados paliativos analisando, ainda, a perspectiva do direito do paciente à ONR's, na ótica dos direitos fundamentais, da dignidade da pessoa humana e do direito ao próprio corpo.

Refletiu-se sobre a ética do exercício da medicina em cuidados paliativos, com enfoque nas ONR's quanto: ao convencimento livre e esclarecido acerca de tal decisão; sua validade quanto ao momento; formas de registro; capacidade volitiva e

autodeterminação dos pacientes; ONR's quando o paciente está inconsciente ou incapacitado de expressar sua vontade; oposição de familiares e participação dos familiares de pacientes sem capacidade de autodeterminação.

Pesquisou-se também como deve portar-se o profissional médico, mesmo que em confronto com seu entendimento acerca dos prognósticos de uma possível ressuscitação, quando há válida e expressa ONR e quais as implicações ético-legais de possível desobediência.

Avaliou-se como deve posicionar-se o profissional médico quanto à verificação da validade das ONR's e seus respectivos registros em prontuário médico e testamento vital, e quais as garantias o médico deve assegurar para cumprir as ONR's e evitar possíveis acusações de negligência no cuidado do paciente perante o judiciário e os Conselhos de Medicina.

2. A MORTE E O MORRER

Cumpriu sua sentença! Encontrou-se com o único mal irremediável, aquilo que é a marca do nosso estranho destino sobre a terra, aquele fato sem explicação que iguala tudo o que é vivo num só rebanho de condenados, porque tudo o que é vivo, morre. (SUASSUNA, 2005, p. 25)

Discutir a terminalidade da vida implica, primeiramente, reconhecer que a morte é parte integrante deste ciclo, vez que: “Com o suor do teu rosto comerás o teu pão, até que te tornes à terra; porque dela foste tomado; porquanto és pó e em pó te tornarás.” (BÍBLIA, Gen.: 3:19).

Conforme Mascarenhas (2017), a única certeza que temos é a morte. Nascemos, crescemos, nos reproduzimos e, por fim, morremos. Essa última pode ocorrer de forma abrupta – nos casos de mortes traumáticas ou violentas – ou decorrente do processo de esgotamento do capital vital, conforme, em grande parte, a forma como viveu o ente.

Observe-se que vida e morte não são antagônicos completos, mas se integram, assim com o conceito taoísta do Yin-yang, sendo forças fundamentalmente opostas, mas também complementares. A vida tem seu significado preenchido pela morte, conforme se observa da constante renovação dos tecidos celulares em nosso organismo. Por outro lado, vida pode representar morte, como se observa no

desenfreado e desordenado crescimento celular de um câncer, que termina por consumir as energias vitais de seu portador.

Delamanto Jr. (2017) ensina que, dentre outras espécies, apenas o ser humano tem a dádiva da autorreflexão e a capacidade de abstrair, sonhar, desejar, refletir e a consciência de sua finitude no campo material. Compreende o autor que deve ser essa consciência da morte a mãe de todas as religiões e da nossa espiritualidade. Acrescenta que, “se tivéssemos vida eterna, talvez não tivéssemos religiões. Para poder compreender e, por vezes, não aceitar o fim, há de se ter uma vida além desta.”

A autorreflexão leva, indubitavelmente, à autodeterminação e a autonomia da vontade. Assim, ao homem é permitido determinar, consoante as circunstâncias, como deverá ser sua vida, planejando seu futuro e, dentro desse conceito, também lhe é permitido moldar como será sua morte se depender de tratamento médico. Respeitar essa vontade é uma questão, primordialmente, de respeito para com o próximo – principalmente os vulneráveis (os pacientes sem possibilidade de tratamento modificador da doença são sempre considerados vulneráveis).

E aqui está o ponto de inflexão das equipes de saúde – principalmente dos que se dedicam à *ars medica* - do cuidar desses pacientes. Ante a mudança no paradigma do morrer nas sociedades modernas, que deixou de ser encarada como um processo natural, acompanhado de perto pelos familiares daquele que partia, normalmente em casa e na companhia e presença de crianças em fase de formação de sua personalidade, sendo permitido aos familiares participar do processo de morte e relacionarem-se com ele, para se tornar um processo ascético e distante, com pacientes ajuntados em hospitais, alijados da companhia de seus entes e pessoas queridas (muitas vezes mais distante ainda, em leitos de Unidades de Terapia Intensiva – UTI's, completamente sozinhos), deixando de ser um acontecimento natural para se converter em um fato longínquo e que somente acomete aos desafortunados. Essa percepção da morte, aliada aos critérios utilitários de qualidade de vida representam um desafio para a humanidade. (NUNES, 2020)

Nossa sociedade, por sua vez, tem cada vez mais arraigado que morrer consiste em um castigo, algo ruim e que, como tal, deve ser combatido de todas as formas. Para tanto, deseja que os médicos – vistos como os arquirriva da doença e

da morte - arvorem-se de todo o arsenal tecnológico e medicamentoso possível no afã de prolongar, ao máximo, os dias de seus indivíduos.

Segundo Sloterdijk (2012), o médico precisa tomar partido da vida. É por essa tomada incondicional de partido que é guiado. Todo o idealismo da medicina, um idealismo que leva ainda hoje até o cerne dos enclaves cínicos as lutas absurdas da medicina em torno da vida de corpos que há muito já se degradaram, de corpos moribundos. O médico toma partido do corpo vivo contra o cadáver. Como os corpos vivos são a fonte de poder, aquele que auxilia o corpo torna-se um homem de poder. Nessa medida, o mesmo que auxilia é também uma espécie de detentor do poder, uma vez que toma parte na força central de disponibilização de todas as supremacias, no poder de dispor sobre a vida e a morte dos outros.

O crescimento do poder de intervenção do médico não foi acompanhado da reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos. Tem aumentando substantivamente o número de pacientes em serviços de saúde, sem possibilidade de tratamento modificador da doença e que, por diversos motivos, findam por receber assistência inadequada caracterizada por distanásia, focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia, por vezes exagerada e, em sua maioria, desnecessárias – vez que ineficazes.

Melhor lição sobre essa obstinação terapêutica é o excerto da obra de Bernard Lown citado na Exposição de Motivos da Res. CFM nº 1.805/2006, que trata da limitação de esforço terapêutico, abaixo transcrita:

As escolas de medicina e o estágio nos hospitais os preparam (os futuros médicos) para tornarem-se oficiais-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico. Os médicos aprendem pouquíssimo a lidar com a morte. A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer. (*apud CFM*)

De fato, se tem produzido um extraordinário progresso nos recursos tecnológicos que permitem aos médicos manter artificialmente a vida humana, durante muitos meses – até mesmo anos – por intermédio das unidades de cuidado intensivo.

Fica então o questionamento: quais são os limites éticos dessa luta da medicina contra a morte, mormente quanto ao respeito pela opção do paciente de pretender continuar vivo após algum evento crítico com seu corpo, principalmente

quando diagnosticado com mal incurável e que cursa com evolução inexorável para o óbito? Dito isto, comprehende-se que a aplicação eticamente correta dessas técnicas e instrumentos deve priorizar o conforto do paciente que vai morrer, buscando diminuir seu sofrimento (KIPPER, 1998 apud PHITAN, 2004, p.35). Sobre o tema, d'Ávila (2018, p. 143) leciona que:

É preciso que médicos se preocupem não somente com os dados clínicos, mas também com os valores do paciente e da família. Por isso, além da técnica, dos dados, do diagnóstico e dos fatos, que o médico deve conhecer muito bem, além de um bom plano terapêutico, é de extrema importância conhecer os valores subjetivos que estão envolvidos no contexto de morte do paciente. O que deseja, o que quer? Quais são suas crenças? E suas necessidades? Isso também precisa ser valorizado. Deve-se buscar o equilíbrio entre os dados e fatos que a ciência traz e os valores, princípios, crenças e anseios do paciente para se tomar a melhor decisão, para compreender o que será melhor para a pessoa doente em fase terminal.

Devemos então refletir sobre a suspensão ou abstenção de medidas de tratamento extraordinários, quando estes tenham demonstrado ser ineficazes. Frente a uma enfermidade terminal, a primeira pergunta que se deve fazer é: este tratamento reduz o sofrimento, o incômodo e a dor do paciente ao nosso lado? ao invés de “prolongar a vida do paciente”.

Deixa-se, por muitas das vezes, de centrar o cuidado na pessoa, preocupando-se o médico em tratar da doença, olvidando-se do ensinamento de que a função do médico é “curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre”. Assim, a função precípua do médico é buscar o bem-estar do paciente – físico e espiritual.

Por outra parte, o perigo de ser perseguido eticamente por negligência pode animar o médico mais frágil a continuar com um tratamento inútil e a recorrer a métodos de tratamento desproporcionados. É importante reforçar, desde as cátedras da escola médica, que essa obstinação ilimitada, em verdade, não mais representa um cuidado com o paciente, mas sim um problema de saúde, uma incompreensão da dimensão da existência e da dignidade humana diante dos limites da medicina e da ciência.

Fica então a dúvida sobre até quando deve-se continuar dando suporte artificial a vida e em que momento deve o médico parar e, sobretudo, quais os critérios ou modelos a serem adotados. Nesse ponto, deve valer-se o médico da Medicina Paliativa. Essa requer conhecimento técnico refinado, aliado à percepção

do ser humano como agente de sua história de vida. O paciente é um ser biográfico, mas que um ser simplesmente biológico e, portanto, determinante do seu próprio curso de adoecer e morrer. Deve-se valorizar a história natural da doença, a história pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais diante do adoecer.

Assim, no momento final da vida humana, deve o médico assegurar-se de que, no morrer, seja respeitada para seu paciente a dignidade, qualidade intrínseca do valor inerente ao ser humano, com cuidados e conforto, respeitada sua autonomia, significados, espiritualidade e, de preferência, em contato com as pessoas com as quais tem laços de amor e afeto. Preservar a dignidade, evitar danos e prevenir ou resolver conflitos são condições que devem fazer parte desse cuidado. Reduzir o sofrimento ao menor possível é a proposta dos Cuidados Paliativos.

Segundo Mascarenhas (2017), vida e dignidade são dois valores constitucionais, sendo a vida encarada como um direito expresso enquanto a segunda é um princípio que orienta a interpretação e elaboração dos direitos. A vida não é um direito absoluto e, nessa condição, admite flexibilizações. Por outro lado, não há nenhuma flexibilização à dignidade. Estando ela no art. 1º da Constituição demonstra sua importância e que tal valor supremo é o lastro da orientação e formação do Estado Brasileiro.

3. PALIAÇÃO, ORTOTANÁSIA, EUTANÁSIA E DISTANÁSIA.

Palliare, em latim, significa: abrigar, amparar, cobrir, proteger. Sabendo disso, fica fácil para leigos perceber que os cuidados paliativos são aqueles dispensados aos pacientes com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida e de seus familiares, no curso de uma doença, prevenindo e aliviando o sofrimento.

Estes variam de acordo com os cuidados terapêuticos/curativos, conforme o prognóstico do curso da doença. Assim, para adoecimentos menores, paliar em sentido amplo, é servir sintomáticos ou analgésicos. Contudo, em casos de doenças ameaçadoras à continuidade da vida – sejam pacientes sem tratamento modificador da doença ou pacientes em uma UTI – devem ser dispensados cuidados que busquem prevenir e aliviar o sofrimento do paciente e de seus familiares.

Assim, os Cuidados Paliativos não são lastreados em protocolos, mas sim em princípios, conforme a Organização Mundial da Saúde (2018):

- Inclui prevenção, identificação precoce, avaliação abrangente e gerenciamento de questões físicas, incluindo dor e outros sintomas angustiantes, angústia psicológica, angústia espiritual e necessidades sociais. Sempre que possível, essas intervenções devem ser baseadas em evidências.
- Fornece apoio para ajudar os pacientes a viver o mais plenamente possível até a morte, facilitando a comunicação eficaz, ajudando-os e suas famílias a determinar os objetivos do cuidado.
- É aplicável ao longo do curso de uma doença, de acordo com as necessidades do paciente.
- É fornecido em conjunto com terapias modificadoras da doença, sempre que necessário.
- Pode influenciar positivamente o curso da doença.
- Não pretende apressar nem adiar a morte, afirma a vida e reconhece o morrer como um processo natural.
- Oferecer apoio à família e aos cuidadores durante a doença do paciente e em seu próprio luto.
- Foi entregue reconhecendo e respeitando os valores culturais e as crenças do paciente e da família.
- É aplicável em todos os ambientes de cuidados de saúde (local de residência e instituições) e em todos os níveis (primário ao terciário).
- Os cuidados paliativos podem ser prestados por profissionais com formação básica.
- Requer equipe especializada em cuidados paliativos com multiprofissional para encaminhamento de casos complexos.

Isso não implica dizer que não haja protocolos de cuidados paliativos ou que esses não sejam bem vindos. Mas o médico deve ter sempre em mente esses princípios para que possa bem aplicar a palição, conforme o processo de saúde-doença do paciente.

Para os pacientes sem tratamento modificador da doença eficaz, deve sempre o médico e a equipe oferecer os cuidados paliativos, reconhecendo o processo do morrer como um fato natural da vida e respeitando sua dignidade e seus desejos.

Importa ressaltar que, para esses pacientes, uma morte natural, digna, sem sofrimento, permitindo a evolução e percurso da doença, sem interferência da ciência médica de forma obstinada pela manutenção da vida, representa um ato médico ético e referendado pela norma jurídica.

Limitar o tratamento considerado fútil e a introdução de cuidados que visem promover alívio e conforto ao paciente com doença que ameaça a vida são práticas

recomendadas, inclusive pelo Código de Ética Médica (Res. CFM nº 2.217/2019) que traz, em seu artigo 41 o seguinte texto:

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. (negritamos)

Esse é o abarcamento, pela parte deontológica do Código de Ética Médica, dos conceitos e determinações contidas na Resolução CFM nº 1.805/2006, que inovou na regulamentação ética do exercício da medicina ao garantir que o médico não deva obstinar-se em cuidados desnecessários, podendo, de forma segura e justificada, “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.”

Filgueiras (2015) refere que, quando diante de paciente doente, internado, torporoso, comatoso e polimedicado, às vezes, o ideal é retirar drogas que apenas comprometem o seu grau de consciência. Não deve olvidar-se de que a cura pode ser rara, sendo o alívio da dor mais comum, mas que o consolar é o corolário da atuação profissional. Tal entendimento também está inscrito nos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica, senão vejamos:

XXII - 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.

Outrossim, não deve o médico temer uma possível acusação de negligência ou de abandono do paciente, visto que, no mesmo diploma legal, consta a excludente de ilicitude acerca da Limitação dos Esforços Terapêuticos – LET, prevista no artigo 36, abaixo transcrita:

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos

cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder.

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou à sua família, o médico não o abandonará por este ter doença crônica ou incurável **e continuará a assisti-lo e a propiciar-lhe os cuidados necessários, inclusive os paliativos. (negritei)**

Importa ressaltar aqui que deixar morrer não é o mesmo que abreviar a vida. Ao médico, no Brasil, é vedado auxiliar o paciente ou fornecer meios para seu suicídio. A diferença da eutanásia para a ortotanásia é abissal e, segundo França (2019) “A eutanásia não pode deixar de merecer os rótulos de homicídio e de infração ética, tendo ou não o médico o consentimento do paciente ou de seus responsáveis.”

E continua França (2019, p. 155):

O que se condena é a “obstinação terapêutica” ou “terapêutica fútil”, que doutra coisa não se reveste senão dum comportamento médico insistente que utiliza meios ou recursos cujos resultados são muito mais nocivos que os produzidos pelas doenças e de efeitos inúteis em face da impossibilidade de cura e de sobrevivência. Não confundir *futilidade terapêutica* com *cuidados paliativos*, pois estes representam o apoio permanente e necessário para preservar uma qualidade de vida do paciente terminal, dentro de um enfoque multidisciplinar. Em suma: o ideal será sempre harmonizar o discurso moral com o discurso técnico, pois eles não são inconciliáveis. E entender que, como já disse antes, o “inimigo número um” não é a morte, desde que ela seja justa.

Pode, então, pairar a dúvida acerca do que deve ser feito quando um paciente não tem mais tratamento curativo eficaz. Conforme leciona Matsumoto (2012), entre o “fazer tudo” e o “não fazer nada” existe um vasto universo de condutas possíveis que devem ser empreendidas em favor do paciente, não com o objetivo curativo, mas sim de alívio de sintomas e situações desagradáveis que respeitam os princípios bioéticos de autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, buscando o conforto e a qualidade da vida. O cuidado a ser dispensado a esses pacientes deve considerar o que cada um deles estaria disposto a sofrer para uma dada probabilidade de sobrevivência e o nível de qualidade de vida. Sobre isso, França (2019, p. 158) traz valioso ensinamento:

Deve ficar claro que o juízo de valor sobre a proporcionalidade dos cuidados não é tão simples, pois ele não termina na avaliação da qualidade de vida. Devem influenciar o raciocínio médico, as razões da família e o que admite o paciente sobre a insistência das medidas terapêuticas. O fundamento

ético impositivo de uma necessária assistência a um paciente terminal é a predisposição de melhores condições para que este doente conviva com sua doença e eventualmente com sua morte.

Como enfatizado tanto no Código de Ética Médica quanto pelos magísteres citados, a decisão de continuidade ou não da terapêutica deve ser sempre compartilhada com o paciente e sua família, principalmente no caso de neonatos, crianças e pacientes incompetentes, sendo expressamente vedadas as decisões centradas exclusivamente na opinião da equipe médica. Quando há conflito entre o entendimento da equipe e a decisão da família, aquela pode valer-se da Comissão de Ética do serviço, da Câmara Técnica do Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e, como visto no ano de 2017, ao judiciário, como no caso do recém-nascido Charlie Gard.

Por outro lado, insistir em procedimentos terapêuticos cujos efeitos são mais nocivos do que o próprio mal a ser curado ou que não tenham qualquer efeito benéfico ao paciente, com o único objetivo de postergar a morte, para além de qualquer benefício caracteriza distanásia, violando a dignidade humana. Para França (2019), distanásia (morte defeituosa) corresponde a morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento, com o prolongamento da agonia, continuação do sofrimento e o retardamento da morte, em razão de um “paternalismo médico”.

4. DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV), ORDENS DE NÃO RESSUSCITAÇÃO (ONR'S) E SUA APLICABILIDADE NO CUIDADO AO PACIENTE.

O conceito de Diretivas Antecipadas de Vontade – DAV ficou devidamente definido no texto da Resolução CFM nº 1.995/2012, conforme abaixo:

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;

(...)

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.

Embora atualmente ainda não haja lei que trate especificamente do tema, está em tramitação o Projeto de Lei nº 149/2018, de autoria do Excelentíssimo Senador Lasier Martins, sob a relatoria do Excelentíssimo Senador Fabiano Contarato. Contudo, para além da citada resolução, existem muitos outros documentos legais que lastreiam as diretivas antecipadas de vontade, conforme abaixo:

Código de Ética Médica – Res. CFM nº 2.217/2019:

XXI: No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

Ministério da Saúde – Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009:

Artigo 4º:

[...]

“IX - a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha;

X - a escolha do local de morte;

XI - o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto.

[...]

Artigo 5º:

[...]

V - o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais;

[...]

VII - a indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia.

Ministério da Saúde - Portaria nº 675/GM, de 30 de março de 2006 (revogada pela Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009):

Artigo 4º:

V - o consentimento ou a recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isto acarretar risco à saúde pública.

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, 2005:

Artigo 5. Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.

Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/2017:

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/1990:

Artigo 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (...), obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]

III: preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

Tais diretrizes são declarações que visam refletir sobre: o adoecer, a relação dos pacientes com os tratamentos clínicos, o processo de morrer e a morte. Permitem dar conhecimento sobre preferências morais, culturais e religiosas de quem as declara, fazendo um encontro com a própria essência humana, com a

finitude da vida e ressignificar esta a partir dos próprios valores. (RIVABEM e MEIRELLES, 2018. p,15)

Contudo, ante seu recente surgimento e utilização, ainda pairam sobre as DAV muitas dúvidas e discussões sobre seu conceito, tipos, eficácia, aceitação médica e consequências. Como as DAV são um gênero de documento, didaticamente, podemos dividi-los sistematicamente em três tipos:

a. Procuração para tomada de decisões em questões médicas: são documentos que determinam, em caso de incapacidade volitiva do paciente, quem responderá por aquele. Cabe ao outorgado representar o paciente quanto às suas vontades terapêuticas, mesmo que não esteja em processo de terminalidade da vida. Estão aqui abarcadas as procurações para cuidados de saúde ou mandatos de assistência sanitária, dentre outros do mesmo jaez. Importa ressaltar que em tais casos o outorgado estará decidindo em nome do paciente, dentro do que lhe permite a procuração, não podendo excedê-los. Assim, tal pessoa deve ser, preferencialmente, de extrema confiança do paciente e o documento firmado em gozo de plena capacidade civil, em cartório de registro de títulos ou, em sua impossibilidade, de próprio punho pelo paciente e na presença de testemunhas.

b. Declaração prévia unilateral de vontade: correspondem a declarações adstritas à terminalidade da vida e somente tem vigência após uma superveniente incapacidade permanente volitiva do paciente. Devem ser feitas por escrito, e o paciente deve ser plenamente capaz à época da declaração. Aqui estão abarcados o testamento vital, *living will*, *testament de vie*, testamento biológico ou modelo de pura autonomia, todos visando garantir que os desejos do paciente sobre terminalidade da vida sejam atendidos, caso não possa professá-los diretamente quando de seu adoecimento. Podem dispor sobre: determinação ou recusa terapêutica; direito de informação; doações de órgãos e/ou destinação do cadáver; remoções, e; acompanhantes na hora final. Quando cumpridos seus requisitos, torna-se vinculante ao representante legal e ao facultativo. Contudo, para os médicos, não vincula sua objeção de consciência, podendo ser alegada quebra da relação médico-paciente. Também não pode dispor sobre atos ilícitos, tais como eutanásia ou venda de órgãos. Cumpre ressaltar que são menos abrangentes que o item anterior, visto que tratam apenas de casos em que o paciente não possa se expressar e que esteja em processo de terminalidade da vida, não abarcando outros

procedimentos médicos, mesmo que o paciente permaneça privado de sua capacidade volitiva. Segue as mesmas formalidades exigidas para o item anterior. Sobre o tema ensina França (2019, p. 158):

A existência de um documento chamado Testamento Vital ou Declaração de Vontade Antecipada, previamente assinado por alguém maior e capaz, no sentido de que seja respeitado quando, por causa de uma doença grave e incurável ou em estado terminal, já não tenha condições de expressar sua vontade. O que isso procura assegurar é a não utilização de condutas ou tratamentos fúteis e o impedimento de uma “morte digna”.

c. Do not resuscitate (Ordem de Não Ressuscitação - ONR): espécie de documento mais simples, onde a única ordem é de que, no curso natural do processo de terminalidade da vida, em havendo uma parada cardiorrespiratória, seu desejo é de não ser reanimado, ou seja: impede a equipe médica de proceder manobras de ressuscitação. Pode constar das cláusulas dos itens anteriores, mas também pode ser única. Dada a sua natureza mais assertiva, pode ser elaborada, na presença de testemunhas, por escrito ou verbalmente pelo próprio paciente, desde que esteja plenamente capaz e na presença de testemunhas e da equipe médica; por representante nomeado pelo paciente, desde que devidamente nomeado; pelos familiares, em conjunto com a equipe médica; pela equipe médica, ouvida a Comissão de Ética do serviço ou, na sua ausência, o Conselho de Medicina da jurisdição. Trazemos ainda importante lição de França (2019, p. 160):

Um dos itens constantes desses testamentos está representado pela sigla DNR-Order (ordem de não ressuscitar) e, entre nós, por NR (não ressuscitar). Agora ampliou-se para Do Not Attempt Resuscitation Order (ordem para não tentar ressuscitar). Outro item constante de alguns testamentos vitais é o de não alimentar os portadores de *estado vegetativo permanente*.

Abaixo traduzimos os princípios das Ordens de Não Ressuscitar delineados por Nunes (2020, p. 49-50):

1. Conceito: a ordem de não reanimar deve ser considerada em situações de enfermidade terminal, perda irreversível da consciência ou quando o paciente tem uma enfermidade grave e irreversível em quem a reanimação pode ser considerada desproporcionalada.
2. Âmbito de aplicação: a reanimação cardiopulmonar (RCP) deve ser aplicada com cuidado e deve haver procedimentos claros que devem ser observados nos casos em que não exista uma ordem de reanimação. Este procedimento não cobre nenhuma outra forma de limitação terapêutica, seja

em relação a suspensão ou abstenção de outros tratamentos. Somente deve ser aplicada aos pacientes hospitalizados.

3. Limites: os limites da intervenção devem ser ditados pelo estado atual de consciência – *leges artis* – de acordo com regras da Medicina Baseada em Evidências.

4. Responsabilidade: é responsabilidade do médico, em consonância com toda a equipe de saúde, iniciar os procedimento da Ordem de Não Ressuscitação.

5. Reversibilidade: a Ordem de Não Ressuscitação é reversível se há uma mudança na situação clínica do paciente que a justifique. Uma nova Ordem implica na repetição dos procedimentos por parte do novo médico acompanhante.

6. Suspensão: durante a realização de qualquer procedimento (mesmo que não diretamente relacionado com a evolução da enfermidade, como procedimentos para acesso das vias respiratórias ou intervenções cirúrgicas para melhorar o conforto) antes da anestesia ou em bloco cirúrgico, esta instrução deve ser suspensa. Uma decisão firmada e racional deve estar escrita no termo do paciente “Suspensão da Ordem de Não Reanimar”.

7. Ordem de Não Reanimar em menores: em caso do paciente ser menor de idade ou incapaz, esses procedimentos podem ser realizados de acordo com seu representante legal.

8. Dever de tratamento: a Ordem de Não Ressuscitação não exclui o dever de tratamento apropriado e a implementação de todas as medidas de conforto apropriadas ao paciente.

9. Dever de registro: todos os passos para ativa ou reverter a Ordem de Não Ressuscitação devem estar documentados no prontuário médico do paciente. Em situações em que se deva produzir um formulário apropriado para a Ordem de Não Ressuscitação, este deve ser registrar:

- a. um resumo do estado clínico do paciente e de sua consciência para essa decisão, inclusa a competência do paciente;
- b. outro médico do mesmo nível deve estar de acordo com essa decisão;
- c. um resumo do consentimento esclarecido proporcionada ao paciente ou ao seu representante legal e aos membros de sua família presentes (e o grau de parentesco com o paciente);
- d. a vontade do paciente (ou de seu representante legal) se assim for solicitado.

10. Prontuário eletrônico: a Ordem de Não Ressuscitação deve ser adequada às normas de prontuários eletrônicos, pra agilizar seu uso.

Com as DAV os pacientes preparam-se para a morte como parte da vida, dirigem o que será feito a partir de uma situação irreversível de adoecimento, estabelecendo suas preferências de acordo com seus valores. Permitem minimizar sua dor e sofrimento diante do processo de morrer e fortalecem o vínculo e as comunicações com a família, amigos e pessoas queridas, aliviando a carga emocional para aqueles que o representem em ocasiões em que lhes seja destinada uma decisão difícil. Assim, adquire também a qualidade de transcendência, visto que traspassa a barreira do que controlamos e nos obriga a viver com olhos bem abertos, ante a existência humana.

Nunes (2020) afirma que é necessário consignar que a suspensão ou abstinência de cuidados desproporcionados, depois do consentimento esclarecido do paciente ou de seu representante legítimo, não significa ajuda ou incitação ao suicídio, vez que a intensão de morrer não está subjacente, sendo esta uma distinção crucial. Estando médicos e paciente de acordo com a terminalidade da vida e que qualquer tratamento curativo representa uma distanásia, a atitude mais correta é permitir o curso natural da doença.

Contudo, há controvérsias a ser consideradas nas DAV, conforme leciona França (2019, p. 160):

Muitas vezes, o momento em que o indivíduo subscreve esse documento é de muita tensão e sofrimento. Alguns deles talvez nem venham a ler tal declaração. As maiores vítimas serão os idosos, nesse momento em que eles estão cada vez mais desvalorizados. Não será nenhuma surpresa se amanhã alguém for obrigado ou pressionado a assinar um termo dessa natureza como condição necessária para o internamento em que venha a aderir a um seguro ou plano de saúde como condição obrigatória de ter seus benefícios.

Uma das questões mal definidas neste assunto está nos limites dos requisitos formais do documento, pois qualquer ato normativo impõe pressupostos dessa ordem. Na prática pode ocorrer a não sujeição do médico às cláusulas constantes desses testamentos.

Dadalto (2017) entende que somente será possível ter segurança jurídica para os envolvidos nas DAV (paciente, familiares, procuradores e médicos) com a regulação da matéria pelo Congresso Nacional. Os diversos normativos listados acima, principalmente a Resolução CFM nº 1.995/2012 tem enorme relevância, mas carecem de competência jurídica para normalizar quem poderia escrever o testamento vital ou uma procuração (permitiria a manifestação de vontade por menores e incapazes); qual o momento para a elaboração e suas limitações; a forma (se por escrito, verbal, registrado ou não em cartório); a publicidade de tais atos; criar um registro nacional de testamentos e procurações; seus conteúdos (quais cuidados, tratamentos e procedimentos podem ser recusados); quem poderia ser nomeado procurador, ante conflitos de interesses; a garantia para a equipe médica do direito à objeção de consciência de forma ampla e cláusulas que disponham sobre o desejo antecipado do paciente de sofrer obstinação terapêutica e distanásia.

Nunes (2020) alerta que é obrigatório excluir qualquer tipo de distorção, inclusive temporária, da personalidade. Vozes dissidentes entendem que a

discussão sobre as ONR's não deve envolver o paciente terminal, em razão da dor psicológica causada pelo início da morte.

Trazemos então valiosa lição de d'Ávila (2018, p. 142):

É difícil medir o sofrimento do paciente. Nem mesmo seus familiares mais próximos têm percepção exata do que ele sente; suas dores não são iguais em absoluto. Para se saber como um doente sofre com sua doença, é necessário estar doente. Nem mesmo o médico, embora possa ser um pouco mais sensível, ou um pouco mais treinado, consegue sentir o que os pacientes sentem e a forma como vivem suas dores. Hoje vemos que até é possível treinarmos nossos alunos para se sensibilizarem mais, sobretudo com obras literárias, em que sofrimento e dor se misturam em meio à vida e à arte.

Sugere Nunes (2020) que se deva convidar o paciente a comentar seu estado clínico, discutindo com aquele possíveis condutas terapêuticas. Contudo, outros autores atribuem apenas à equipe de saúde a capacidade de decidir sobre não ressuscitar, em razão de que não seria obrigatório discutir terapias inúteis com os pacientes terminais. Justificam a subjetividade do princípio da autonomia ao da beneficência alegando que os pacientes não querem esse tipo de discussão.

5. CONCLUSÃO

Certa vez Raimundo Asfora
proferiu uma sentença
que só o homem que pensa,
que sofre, que ri, que chora,
que pede, suplica, implora,
diria coisa tão bela,
ou debocharia dela,
fazendo a cena engracada:
A morte está enganada,
eu vou viver depois dela! (LIMA, 1997)

A poesia tem o condão de amaciar os duros e cruentos enigmas da morte e do morrer. Também goza a medicina de tal prerrogativa, por intermédio dos cuidados paliativos. Estes representam para o paciente, sem possibilidade de tratamento modificador da doença, verdadeiro alívio e o reconhecimento da terminalidade da vida – um valor intrínseco desta, sendo-lhes permitido, numa ótica transcendental, reencontrarem-se consigo, com os seus e com o meio onde vivem e providenciar seu adeus de forma digna e justa.

Cumpre, então, ao médico, em antítese aos avanços tecnológicos diuturnos dessa ciência, valer-se de seu lado artista e, usando das técnicas e do bom senso, reconhecer a limitação da medicina, enquanto conhecimento humano, e permitir que a vida do paciente siga seu curso quando não houver mais terapêutica eficaz para aquela doença. Obstinar-se numa luta contra a certeza da morte, então, parece loucura.

Nos ensina Pessini (2003) que:

Como fomos cuidados para nascer, precisamos também ser cuidados para morrer. A vida humana, no seu início, bem como no final, é total vulnerabilidade, que nos convoca ao cuidado máximo. Aqui a palavra de ordem é solidariedade, que não é paternalismo.

Permitir ao paciente decidir, livre e espontaneamente acerca da forma como deseja fazer sua passagem desta vida, podendo escolher de forma proporcional quais cuidados deseja receber é ato de reconhecimento da dignidade da vida e do morrer, sendo um dever da medicina.

Contudo, atualmente no Brasil, infelizmente, ainda não há um normativo que regule, de forma ampla, tal ação. O Conselho Federal de Medicina, por intermédio de sua Câmara Técnica de Bioética deu o primeiro passo no sentido do reconhecimento de tal direito aos pacientes em terminalidade da vida, permitindo que os médicos reconheçam o testamento vital e – mais precisamente a este trabalho – as ordens de não ressuscitação. Permite ainda aos médicos que, por objeção de consciência, não concordem com tais decisões, não façam parte desse processo.

Ao ser apresentado ao médico uma Ordem de Não Ressuscitação, ou quando o paciente, portador de sua capacidade civil, decidir que deseja manifestar-se de tal forma à equipe, deve sua opinião ser respeitada, com o devido registro em prontuário médico, acompanhado da assinatura de testemunhas e, quando possível, firmado em termo próprio e juntado ao prontuário. Pode também ser exercido por procurador nomeado pelo paciente, quando este se encontrar incapaz de exercer suas vontades, gozando das mesmas prerrogativas e necessários registros.

Uma ONR deve ser discutida sempre com familiares e equipe de saúde, visando entender quando deve ser aplicada e – mais importante – quando não deve. Ao final, estando todos cientes da situação de terminalidade da vida, conscientes de

que aquele é o desejo do paciente para encerrar sua participação neste mundo, não deve haver hesitação em cumprir o desejo do paciente. Ressalte-se que tais decisões devem ser livres e devidamente esclarecidas e que podem ser revogadas a qualquer momento.

Por fim, o médico não deve ser perseguido por cumprir tais decisões, visto que a ortotanásia é ato médico ético e respeitador da dignidade do paciente, motivo pelo qual não deve ser temido. Mas o advento de legislação que normatize e regulamente o tema será muito bem vindo e somente trará benefícios aos pacientes sem possibilidades terapêuticas curativas, aos seus familiares e às equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Declaração de Veneza sobre Doença Terminal. In: GOLDIM, José Roberto. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/veneza.htm>>, Acesso em: 03 fev. 2021.

ALVES, R. Tempo de morrer. In O retorno é eterno. 5ª edição. São Paulo, Papirus, 2011. 176p. ISBN: 978-85-30809-09-6

BANDEIRA, A. G. G. et al. Ordem de não reanimar em países latino-americanos. Anais de Medicina, Joaçaba, v. 1, n. 1, p. 42-44, 2014. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/anaisdemedicina/article/view/4683/2308>>. Acesso em: 03 fev. 2021.

BÍBLIA, A. T. Livro do Gênesis. In BÍBLIA. Português. Sagrada Bíblia Católica: Antigo e Novo Testamentos. Tradução de José Simão. São Paulo: Sociedade Bíblica de Aparecida, 2008.

BRASIL. Lei Federal nº 8.080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03/10/2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 2 fev. 2021.

_____. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado nº 149, de 2018. Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde. Brasília: Senado Federal, 2018. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7653326&ts=1600968441794&disposition=inline>. Acesso em: 15 abril 2021.

_____. Lei Federal nº 10.741/2017. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20/09/1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm> Acesso em: 2 fev. 2021.

_____. PORTARIA Nº 1820/GM,13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf> Acesso 25 de março de 2021.

_____. PORTARIA Nº 675/GM,30 março 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0675_30_03_2006.html> Acesso 25 de março de 2021.

_____. Manual de Cuidados Paliativos / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte ... [et al.]. – São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2020. 175p. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/>>

gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf>
Acesso em: 15 mar 2021

_____. SENADO FEDERAL. Pronunciamento de Ronaldo Cunha Lima em 05/03/1997. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/pronunciamentos/-/p/texto/201304> Acesso em: 22 março 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. A ortotanásia na justiça brasileira. Revista Bioethikos, São Paulo, v.4, n.4, p.476-86, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos_80/Bioethikos_476-486_.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2021.

_____. Coletânea: memórias da Câmara Técnica de Bioética/organizado por José Hiran da Silva Gallo, José Humberto Belarmino Chaves, Flávia Maurício Tavares. Brasília/DF: CFM, 2020. ISBN: 978-85-87077-72-1

_____. Resolução CFM n. 1.805/2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Seção I. p.169. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 2 fev. 2021.

_____. Resolução CFM n. 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 ago. 2012. Seção 1. p.269-70. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2021.

_____. Resolução CFM n. 2.217/2019. Aprova o código de ética médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 nov. 2018. Seção 1. p.179. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>>. Acesso em: 02 jan. 2021.

d'Ávila, R. L. – A morte digna: histórias e reflexões introdutórias. In CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Medicina e direito: responsabilidade civil, judicialização da saúde, sigilo profissional, genética, violência contra a mulher e dignidade na morte. Reflexões e conferências do VII Congresso Brasileiro de Direito Médico, Brasília/DF, 3 e 4 de agosto de 2016. Brasília/DF: CFM, 2018. p. 137-145. ISBN: 978-85-87077-60-8

DADALTO, L. – A morte digna como direito fundamental da pessoa humana. In CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Medicina e direito: responsabilidade civil, judicialização da saúde, sigilo profissional, genética, violência contra a mulher e dignidade na morte. Reflexões e conferências do VII Congresso Brasileiro de Direito Médico, Brasília/DF, 3 e 4 de agosto de 2016. Brasília/DF: CFM, 2018. p. 147-169. ISBN: 978-85-87077-60-8

DADALTO, L. – Diretivas antecipadas: efetivação para o paciente com segurança jurídica para o médico – é possível? In CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Medicina, direito, ética e justiça: reflexões e conferências do VI Congresso Brasileiro de Direito Médico, Belo Horizonte/MG, 4 e 5 de agosto de 2016. Brasília/DF: CFM, 2017. p. 149-162. ISBN: 978-85-87077-52-3.

DANTAS, E. – Comentários ao Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. 3^a edição. Rio de Janeiro, GZ Editora, 2011. 546p. ISBN: 978-85-62490-41-5

DELMANTO Jr. R. – Existe o direito de morrer? In CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Medicina, direito, ética e justiça: reflexões e conferências do VI Congresso Brasileiro de Direito Médico, Belo Horizonte/MG, 4 e 5 de agosto de 2016. Brasília/DF: CFM, 2017. p. 109-127. ISBN: 978-85-87077-52-3.

DWORKIN, R. – Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais. 2^a edição traduzida. São Paulo, Editora WMF Martins Fontes, 2009. 362p. ISBN: 978-85-7827-078-0

FRANÇA, G. V. de. – Comentários ao Código de Ética Médica. 7^a edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2019. 420p. ISBN: 978-85-277-3511-7

FRANÇA, G. V. de. – Direito Médico. 12^a edição rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro, Forense, 2014. 817p. ISBN: 978-85-309-5061-3

FILGUEIRAS, M. A. S. – Do ato ao destino: controvérsias em medicina – ensaios e crônicas. João Pessoa/PB: F&A Gráfica e Editora Ltda, 2015. ISBN: 978-85-98498-39-3

GODINHO, A. M. – Direito ao próprio corpo: direitos da personalidade e os atos de limitação voluntária. 1^a edição. Curitiba, Juruá, 2014. 472p. ISBN: 978-85-362-4898-1

GODINHO, A. M.; LEITE, G. S.; DADALTO, L. – Tratado brasileiro sobre direito fundamental à morte digna. 1^a edição. São Paulo, Almedina, 2017. 392p. ISBN: 978-85-8493-214-6

KFOURI NETO, M. – Responsabilidade civil do médico. 8^a edição rev. atual. e ampl. São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 2013. 703p. ISBN: 978-85-203-4764-5

MASCARENHAS, I. de L., Eutanásia e seguro de vida: análise do direito à percepção da indenização. Rio de Janeiro/RJ: Lumen Juris, 2017. ISBN: 978-85-519-0216-5

MATSUMOTO, D. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos, ANCP. 2a ed. Porto Alegre: Sulina; 2012.

MENÉNDEZ, M. M. et al. – A assistência ao paciente terminal: uma necessidade de educação no pré-grade. Associação Latino-americana de Cuidado Paliativo. Cienfuegos, Cuba. 2016. Disponível em: < <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2016/12/circularpor24.pdf> >. Acesso em: 03 fev. 2021.

MORITZ, R. D. – Conflitos bioéticos do viver e do morrer. 1^a edição. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2011. 188p. ISBN: 978-85-87077-21-9

_____, et al. II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 24-29, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2011000100005&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2011000100005>. Acesso em: 21 Apr. 2021.

NALINI, J. R. – Reflexões filosóficas sobre a morte: pronto para partir? 1^a edição. São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 2011. 272p. ISBN: 978-85-203-3906-0

NUNES, R. – Directivas antecipadas de voluntad. Brasília/DF: CFM, 2020. ISBN: 978-65-87360-00-3.

NUNES, R. – Testamento vital. 1^a edição. Coimbra, Almedina, 2011. 222p. ISBN: 978-972-40-4538-2

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal de bioética e direitos humanos [Internet]. Genebra: Unesco; 2005. Disponível: <http://bit.ly/1TRJFa9>. Acesso em: 22 março 2021

PAVIONE, M. A.; ISHI, P. I. F. – Protocolo de cuidados caridosos (paliativos) em recém-nascidos. Clínica Santa Helena. Aracaju/SE, 2020. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=cl%C3%ADnica+santa+helena+cuidados+paliatovos&rlz=1C1GCEU_pt-BRBR936BR936&oq=cl%C3%ADnica+santa+helena+cuidados+paliatovos&aqs=chrome.69i57j33i10i160.6509j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>. Acesso em: 03 fev. 2021.

PESSINI, L. – Dizer adeus a vida com dignidade. Folha de São Paulo, São Paulo/SP, 04 de outubro de 2003. <Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz0410200310.htm#:~:text=Como%20fomos%20cuidados%20para%20nascer,solidariedade%2C%20que%20n%C3%A3o%20%C3%A9%20paternalismo.>> Acesso em: 15 abril 2021.

PIVA, J. P., GARCIA, P. C. R., LAGO, P. M. - Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 78-86, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2011000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2011000100013>.

PITHAN, L. H. – A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não ressuscitação” hospitalares. 1^a edição. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2004. 135p. ISBN: 85-7430-416-6

RIBEIRO, D. C. – A morte digna: reflexões literárias. In CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – Medicina e direito: responsabilidae civil, judicialização da saúde, sigilo

profissional, genética, violência contra a mulher e dignidade na morte. Reflexões e conferências do VII Congresso Brasileiro de Direito Médico. 1^a edição. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2018. 172p. ISBN: 978-85-87077-60-8

SARLET, I. W. – Dimensões da dignidade: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional. 2^a edição, rev. e ampl. Porto Alegre, Livraria do Advogado Editora, 2013. 240p. ISBN978-85-7348-600-1

SCHAEFER, F.; MEIRELLES, J. M. L. de. Eficácia jurídica das diretrivas antecipadas de saúde à luz do ordenamento brasileiro. Civilistica.com. Rio de Janeiro, a. 7, n. 3, 2018. Disponível em: <<http://civilistica.com/eficacia-juridica-das-diretrivas-antecipadas/>>. Data de acesso: 10 março 2021.

SLOTERDIJK, P. – Crítica da razão cínica. São Paulo/SP: Estação Liberdade, 2012. ISBN: 978-85-7448-209-5

SUASSUNA, A. Auto da Comadecida. 35 ed. Rio de Janeiro: Agir, 2005.

VANCINI-CAMPANHARO, C. R. et al. Ordens de não ressuscitação no serviço de emergência de um hospital universitário. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 15, n. 4, p. 409-414, Dec. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082017000400409&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-the-response-to-humanitarian-emergencies-and-crises>. Acesso em: 12 fev 2021.