

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

VIVIANE MARIA CAVALCANTE TAVARES E VITOR LÚCIO BARBOSA
SANTOS

CAPÍTULO 80 “PRINCÍPIOS BIOÉTICOS E O PACIENTE TERMINAL” DO
LIVRO “TANATOLOGIA – DESMISTIFICANDO A MORTE E O MORRER”

MACEIÓ
2021

VIVIANE MARIA CAVALCANTE TAVARES E VITOR LÚCIO BARBOSA
SANTOS

CAPÍTULO 80 “PRINCÍPIOS BIOÉTICOS E O PACIENTE TERMINAL” DO
LIVRO “TANATOLOGIA – DESMISTIFICANDO A MORTE E O MORRER”

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a coordenação do curso
de Medicina da Universidade
Federal de Alagoas
Orientador: Gerson Odilon Pereira

TANATOLOGIA

Desmistificando a Morte e o Morrer

———— Gerson Odilon Pereira ————



TANATOLOGIA

DESMISTIFICANDO A MORTE E O MORRER

GERSON ODILON PEREIRA

Capa

Ana Carolina Vidal Xavier

Foto capa

Death and the miser. Oil painting by Frans II van Francken

Fotolitos/Impressão/Acabamento

Editora e Gráfica Santuário Aparecida

Fone: (12) 3104-2000

Direitos Reservados

Nenhuma parte pode ser duplicada ou reproduzida sem expressa autorização do Editor

sarvier

Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda.
Rua dos Chanés 320 – Indianópolis
04087-031 – São Paulo – Brasil
Telefone (11) 5093-6966
sarvier@sarvier.com.br
www.sarvier.com.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pereira, Gerson Odilon

Tanatologia : desmistificando a morte e o morrer /
Gerson Odilon Pereira. -- São Paulo : SARVIER, 2020.

ISBN 978-85-7378-274-5

1. Cuidados paliativos 2. Doentes em fase terminal – Cuidados 3. Morte – Aspectos filosóficos
4. Morte – Aspectos morais e éticos 5. Morte – Aspectos psicológicos 6. Morte – Aspectos religiosos
7. Morte – Causas 8. Tanatologia I. Título.

CDD-155.937

19-30764

-612.67

Índices para catálogo sistemático:

1. Tanatologia : Morte : Aspectos psicológicos

155.937

2. Tanatologia : Morte : Ciências médicas 612.67

Cibele Maria Dias – Bibliotecária – CRB-8/9427

Sarvier, 1ª edição, 2020

TANATOLOGIA

DESMISTIFICANDO A
MORTE E O MORRER

Princípios Bioéticos e o Paciente Terminal

José Humberto Belmino Chaves

Tadeu Gusmão Muritiba

Vitor Lúcio Barbosa Santos

Viviane Maria Cavalcante Tavares

A profissão de médico surge com a necessidade de curar e essencialmente impedir a morte, não se atendo às condições em que esta vida seria mantida. A partir disso, a morte foi historicamente estabelecida como o fracasso do trabalho médico e o seu aparecimento representa invariavelmente tragédia.

Tal representação não é oriunda somente da comunidade médica, mas também da população em geral ao se encontrar na qualidade de enfermo. É natural, ao estar doente, vivenciar a ansia pela cura e pressionar o médico quanto à resolução imediata para suas angústias, ou ao menos obter certezas acerca de seu estado atual. Esse comportamento, contudo, é justificável diante da crença construída de que o médico é detentor de conhecimento quase divino, colocando-o no papel de resguardar a vida.¹

Pode-se entender o surgimento dessa crença ao se recuperar na história a posição atribuída ao médico. Na Grécia antiga, por exemplo, eram tidos como semideuses² possuidores de ligação com o etéreo, tal era a importância desse profissional. Tal combinação entre cura e poder criou o imaginário em que o médico era o principal, e talvez único, responsável pela saúde humana.

Aliado a isso, é preciso compreender a fragilidade física e a vulnerabilidade psicológica dos pacientes em um momento delicado da trajetória humana. Tendo em vista que o morrer é um processo inevitável, os profissionais precisam conhecer suas fases para conduzir o paciente terminal. Essas fases são: 1) negação, 2) raiva, 3) barganha, 4) depressão e 5) aceitação³, e, mesmo não seguindo essa linearidade, é dever do profissional identificá-las e respeitá-las.

Um exemplo do desrespeito à terminalidade da vida é a chamada obstinação terapêutica, ou ainda futilidade médica.³ Esta se constitui da necessidade arraigada culturalmente em prolongar a vida humana ao máximo, mesmo com a impossibilidade de melhora clínica, o que resulta na distanásia. A obstinação foi uma característica admirada por anos, contabilizando-se o sucesso profissional pelo êxito em manter o paciente vivo, ao passo que a morte representava o fracasso.

Ao longo do tempo, porém, a medicina precisou se adaptar ao envelhecimento populacional

to vital ou diretivas antecipadas de vontade.⁴ Este, por sua vez, se constitui de um documento, elaborado por indivíduo maior de idade e em estado capaz, explicitando os tratamentos que deseja ou recusa receber na incapacidade de autoingerência.

Anterior a esse cenário, inúmeros pacientes eram abandonados pelos médicos e viviam os últimos momentos da vida em quartos isolados ou leitos de unidades de terapia intensiva. Geralmente, eram acoplados a aparelhos e sem parentes próximos como acompanhantes. Em países saxônicos, a reivindicação pela “boa morte” nasceu do abandono dos pacientes pelos seus médicos; já nos Estados Unidos, nasceu do uso excessivo da tecnologia para manter o paciente vivo. Seja qual for a motivação, o quadro de distanásia ao redor do mundo vem sendo rechaçado pela sociedade.⁵

Ratificando parcialmente esse movimento, o Código de Ética Médica⁶, em seu artigo 22, relata que é vedado ao médico: “Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”. Nesse sentido, o código de ética garante a autonomia do paciente ao proibir o médico de executar qualquer procedimento sem sua anuência, salvo em situações supracitadas em que a vida é dissociada do indivíduo, perdendo este o direito de decidir sobre ela. Ao mesmo tempo, o Código Penal⁷, interpretado com base na Constituição Federal, não considera a ortotanásia um crime de homicídio.⁸ A comparação dos dois textos revela importante contradição em como a autonomia do paciente é tratada: ora garantida, ora cerceada.⁹

É observado, porém, que apenas há 10 anos, na versão do Código de Ética Médica Brasileiro (Resolução CFM n. 1931/2009)⁵, é explicitada a aversão à prática da distanásia¹⁰. Tal mudança deixa claro o novo olhar da medicina sobre a morte e seus fenômenos, além de trazer à tona a discussão sobre a intervenção médica no processo terminal e seus impactos na sociedade.

Nesse aspecto, a conceituação do que é “vida” não é simples, pois envolve questões sociológicas, biológicas e religiosas. Ainda assim, segundo Kloepfer¹¹, o direito à vida leva em conta a existência do corpo e a consciência biológica, condição indispensável para usufruir de todos os direitos fundamentais.

Com base nisso, os Cuidados Paliativos (CPs) ressaltam a dignidade humana em detrimento da busca pelo prolongamento artificial da vida. Em um momento tão importante, os CPs propõem amenizar o desconforto do paciente por meio do controle da dor, náuseas, entre outros sintomas que levam a uma insatisfação¹², sendo, portanto, embasado nos cuidados a pessoas e não a doenças e na atenção ao indivíduo emancipado de uma assistência padronizada.

O pensamento que deu sustentação aos CPs ganhou força nos anos 60¹³, baseando-se no tratamento empático com o paciente e com os seus familiares. Isso significa que uma nova visão foi abrindo espaço no antigo paternalismo médico, em que o profissional era o detentor do melhor para o seu paciente, como explicitado no Juramento de Hipócrates que ressalta: “Apliquei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento [...]”.

Assim, apreende-se o ser humano em sua forma individual, com particularidades, medos, desejos e comportamentos, tendo em vista que somos construções conjuntas da genética, criação familiar e experiências sociais. O respeito a essa forma única de agir do indivíduo diante de uma enfermidade é um pilar da bioética, ou seja, é fundamentada na pessoa humana.

Sabe-se, contudo, que na prática existem vários empecilhos à vigência dos CPs, entre os quais estão o desconhecimento por parte dos pacientes terminais, a insegurança jurídica dos médicos quanto aos procedimentos, bem como a cultura do salvamento imposta acima. A demora

cia pautada pela ética, a ausência de disciplinas específicas nas graduações em saúde se constitui uma deficiência importante.¹⁴

Abarcando os CPs, a bioética se orienta pelo estudo dos “limites e finalidades da intervenção do homem sobre a vida”.² Assim sendo, é um campo teórico que exige interdisciplinaridade, clareza e atenção com o impacto da tecnologia e da ciência na vida das pessoas. A famosa frase de Van Rensselaer Potter², um pesquisador norte-americano, ressalta que “Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável”. Com isso, observa-se que diante dos dilemas éticos enfrentados no exercício da medicina, as ações médicas devem ser dirigidas por princípios, sendo estes cruciais para uma conduta mais humana e empática.

Dentre os princípios da bioética, destacam-se quatro fundamentais:² 1) autonomia, 2) justiça, 3) beneficência e 4) não maleficência. Eles devem permear obrigatoriamente todos os cuidados humanos, desde a primeira concepção de vida ainda no intraútero até o momento exato da morte biológica. Ou seja, deve-se emancipar o paciente do domínio médico do saber. O que significa estabelecer uma relação mais horizontal entre as partes, para que haja a responsabilização quanto à assistência médica.² Além disso, tratar todos os indivíduos de forma equânime, em que quadros semelhantes merecem esforços semelhantes, sem distinção entre raça, gênero ou condições financeiras. Além disso, prevê a realização de condutas que tragam benefícios ao paciente e nunca danos.

É válido ressaltar, porém, que os princípios éticos precisam ser constantemente defendidos, tendo em vista que o exercício da medicina pode ser pautado em outros preceitos. Exemplo disso pode ser visto na lógica do racismo “científico” no século XIX ou na discriminação aos pacientes HIV+ nas décadas de 80.

Percebe-se, portanto, que a dignidade é intrínseca à vida humana e nutre os direitos fundamentais. Entre eles o de não receber tratamento ultrajante e de ter uma vida saudável para usufruir de um completo bem-estar físico, mental e social.¹⁵ Assim, em virtude dos fatos mencionados, ressalta-se que a resolução de um dilema ético como o conflito entre autodeterminação do paciente e o direito à vida ou à “sobrevivência” não se finda com uma resposta simples.

Ademais, a difusão de princípios da bioética assegura a dignidade humana enquanto um fim em si mesmo, e não como meio para a concretização de interesses alheios.¹⁵ Tais discussões trazem à tona a necessidade de mudanças estruturais, tendo em vista a morte ainda ser um tabu na sociedade atual. Alterações nessas concepções proporcionarão o desenvolvimento de uma medicina mais humana e respeitarão o direito à morte digna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parecer Nº P/18/APB/10 – Carta dos Direitos do Utente dos Serviços de Saúde. Relatores Rui Nunes e Helena Melo. Disponível em <http://www.sbem-fmup.org>.
2. JUNQUEIRA, Cilene Rennó. Bioética. **Curso de Especialização em Saúde da Família-UNA-SUS| UNIFESP**, 2012.
3. PAIVA, Fabianne Christine Lopes de; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson de; DAMÁSIO, Anne Christine. Ethics in palliative care: conceptions about the end of life. **Revista Bioética**, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014.
4. Parecer Nº P/05/APB/06 Sobre as Directivas Antecipadas de Vontade. Relatores: Helena Melo e Rui Nunes. Pp. 6. Disponível em <http://www.apbioetica.org>
5. FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessi-

7. Brasil. Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940 [Internet] [Acesso em 13 de abril de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
8. BATISTA, Katia Torres; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Estudo acerca de decisões éticas na terminalidade da vida em unidade de terapia intensiva. **Comun. ciênc. saúde**, v. 22, n. 1, p. [51-60], 2011.
9. PORTO, Carolina Silva; FERREIRA, Clécia Lima. EUTANÁSIA NO DIREITO PENAL: os aspectos jurídicos do homicídio piedoso. **Interfaces Científicas-Direito**, v. 5, n. 2, p. 63-72, 2017.
10. PESSINI, Leo; HOSSNE, William Saad. Terminalidade da vida e o novo Código de Ética Médica. **Revista Bioethikos**, v. 4, n. 2, p. 127-9, 2010.
11. KLOEPFER, Michael. Vida e dignidade da pessoa humana. Sarlet IW, organizador. **Dimensões da dignidade: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, p. 153-84, 2005.
12. COSTA, Rosely Souza da et al. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 170-177, 2016.
13. OLIVEIRA DE SOUSA, Alana Tamar et al. Cuidados paliativos con pacientes terminales: un enfoque desde la Bioética. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 26, n. 3, p. 123-135, 2010.
14. CHAVES, José Humberto Belmino et al. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Rev dor**, v. 12, n. 3, p. 250-255, 2011.
15. CAMBI, Eduardo; PADILHA, Elisângela. REFLEXÕES SOBRE AS DIMENSÕES DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. **RFD-Revista da Faculdade de Direito da UERJ**, n. 30, p. 338-352, 2016.