

A ordem de não ressuscitar no Brasil, considerações éticas

“Do not resuscitate” order in Brazil, ethical aspects

Rafael Villela Silva Derré Torres¹
Kátia Tôres Batista¹

RESUMO

No Brasil, as ordens de não-ressuscitação ainda não possuem amparo legal. Os provedores de suporte avançado de vida devem realizar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e intervenções para prolongar a vida em todos os pacientes, mesmo que haja informação sugerindo o contrário. Os médicos só podem deixar de executar todas as medidas se a morte é óbvia.

Os dilemas éticos que surgem nas decisões no final da vida são complexos, carregados de emoções para familiares e profissionais de saúde e merece destaque nos capítulos de discussões bioéticas em todo o mundo. Pacientes, familiares, cuidadores, assim como os profissionais de saúde, precisam se preparar para esses momentos, criando diretrizes e discutindo a legitimidade da recusa do prolongamento da vida nos casos de morte iminente.

Os autores descrevem os critérios para ressuscitação cardiopulmonar nas situações de morte iminente nos diversos contextos de atuação do médico (ambulâncias de suporte avançado de vida, sala de emergência e unidades de terapia intensiva) e discutem princípios éticos e legais relacionados aos cuidados no fim da vida, para servir como auxílio à tomada de decisões.

Palavras-chave: Morte iminente; Bioética; Ressuscitação cardiopulmonar.

ABSTRACT

In Brazil, “Do not resuscitate” (DNR) orders are not legally supported yet. Advanced life support providers have to perform cardiopulmonary resuscitation (CPR) maneuvers and life sustaining interventions in all

¹ Rede Sarah de Hospitais
de Reabilitação Associação
das Pioneira Sociais,
Brasília-DF, Brasil

Correspondência
UNESCO da UNB.
QMSW 06, lote 08, apartamento 337,
Sudoeste, Brasília-DF70680-600, Brasil.
villeladerre@uol.com.br

Recebido em 20/maio/2008
Aprovado em 01/outubro/2008

patients, regardless of clues against it. Medical doctors must maintain CPR maneuvers unless the death is obvious.

Ethical dilemmas concerning end-of-life decisions are complex and emotionally cumbersome to families and health care workers, deserving attention in bioethical debates all over the world. Patients, families, caretakers, and health care providers need to prepare themselves to these moments, developing advanced directives and discussing the refusal of life prolonging measures in impending death situations.

The authors describe cardiopulmonary resuscitation criteria in many contexts where the advanced life support providers face end-of-life situations (advanced life support ambulances, emergency room and critical care units), considering ethical and legal principles related to end-of-life care, as a decision-making referral guideline.

Key words: End-of-life care; Bioethics; Cardiopulmonary resuscitation.

INTRODUÇÃO

O suporte avançado de vida pode ser definido como *o conjunto de atos médicos, de tecnologia, de procedimentos ou medicações que permitam manter um paciente gravemente enfermo estável até que o seu organismo possa reagir naturalmente contra a agressão cirúrgica, traumática, tóxica ou infecciosa que o levaram a se internar em uma Unidade de Terapia Intensiva. Este suporte pode ser provido por reanimação cardiopulmonar, respiradores artificiais, diálise renal, drogas vasoativas, intervenções cirúrgicas na emergência, amputação, antibióticos, transfusão, nutrição e hidratação*. Ainda segundo os mesmos autores, boa parte dos pacientes volta a ter uma vida produtiva, mas o aumento significativo da idade média das populações resulta em maior prevalência de doenças degenerativas que minam a resistência dos pacientes, culminando com a disfunção e falência de órgãos¹.

A reanimação cardiopulmonar (RCP) é o divisor de águas para os outros procedimentos de suporte avançado de vida, que serão mantidos ou iniciados apenas em caso de ressuscitação bem sucedida, ou seja, retorno da circulação espontânea. A RCP também exige contato íntimo da equipe com o paciente (o ajuste de equipamentos de ventilação, diálise ou infusão podem ser feitos nos aparelhos) e muito pouco tempo para tomada de decisões, pois deve ser iniciada imediatamente após constatação da parada cardiorrespiratória.

Ao contrário de outras intervenções médicas, a RCP é iniciada sem prescrição, e a ordem médica é necessária para interrompê-la^{1,2,3}. O suporte básico de vida deve se mantido até retorno de circulação e ventilação espontâneas efetivas; exaustão ou perigo para o socorrista; apresentação de ordem de não ressuscitar; lesões incompatíveis com a vida ou transferência para uma unidade de saúde com médico que constate o óbito³.

Os médicos que atuam em suporte avançado de vida passam por situações diversas. Pessoas hígdas de meia-idade, vítimas de parada cardíaca na comunidade, têm chance de recuperação de 30%, se a ressuscitação eficaz for imediata. Em contraste, um idoso com doença pulmonar obstrutiva crônica, coronariopatia isquêmica e demência progressiva que tem uma parada cardíaca não-testemunhada e espera 10 minutos pela desfibrilação, provavelmente não deixará o hospital vivo. O prognóstico dos pacientes que ficam entre estes dois extremos é variável. Mesmo que pudéssemos prever uma taxa de sobrevivência de 10%, não saberíamos se o paciente em questão é um dos 10% ou dos 90%⁴.

No contexto laico, a autoridade moral para autorização ou recusa de procedimentos é derivada de indivíduos. Do ponto de vista cristão, a recusa do tratamento para salvar a vida, quando a morte não

é iminente, está vinculada à condenação, o que foi incorporado à lei ocidental. Um estado secular não deveria impor a vontade de Deus à força, nem optar por um ponto de vista moral ligado a uma religião em particular, assunto amplamente discutido pela bioética. Como é razoavelmente sabido, existem incompatibilidades dogmáticas entre as religiões praticadas no mundo. A opção que resta a um estado moderno, laico e humanístico é a adoção de um sistema de leis fundamentadas no consentimento e no compromisso da beneficência. Os indivíduos competentes deveriam ter o direito de procurar pacificamente a realização da vida boa e da boa morte, de morrer como decidem, mesmo que não tomem a decisão no momento apropriado².

Segundo Engelhardt², *os indivíduos competentes podem recusar pessoalmente o tratamento, não deveria em princípio haver objeção moral secular à possibilidade de o fazerem por meio de um agente ou de uma diretiva prévia.*

O que discutiremos neste artigo é a legitimidade da recusa de tratamento nos casos de morte iminente durante o suporte avançado de vida no que se refere a diretrizes antecipativas. Adotamos aqui para legitimidade o sentido descrito por Houaiss³: *ditado, justificado, explicado pelo bom senso, pela razão, justo, razoável, que procede que tem lógica.*

REFERENCIAL TEÓRICO

A ressuscitação cardiopulmonar nas situações de morte iminente.

Segundo Oselka², a RCP *quando adequadamente indicada, é procedimento no qual o consentimento do paciente e sua família é presumido e universalmente aceito.* Seus objetivos: preservar a vida, restaurar a saúde, aliviar o sofrimento, limitar a incapacidade e reverter a “morte clínica”. Tais objetivos, no entanto, freqüentemente não são alcançados, e ainda podem ir de encontro aos desejos e solicitações do próprio paciente, sem representar seu melhor interesse⁶.

Os médicos não são obrigados a realizar manobras de RCP em pacientes com sinais nítidos de morte (rigidez cadavérica, decapitação, decomposição ou livor cadavérico), mesmo quando solicitado por familiares. Outros critérios para não iniciar manobras de RCP são a ordem judicial prévia de não ressuscitação emitida pelo paciente ou pela equipe que o acompanha em comum acordo com familiares; ausência de benefício fisiológico por

deterioração das funções vitais apesar do melhor tratamento disponível e neonatos cuja gestação, baixo peso ou anomalias congênitas são associadas à morte precoce. Vale ressaltar que a qualidade de vida presumida após ressuscitação não deve ser critério para interrupção da RCP, já que a lesão cerebral irreversível ou morte cerebral não podem ser precisamente previstas⁶.

Cabe ao médico a decisão de interromper as manobras de RCP, levando em consideração a hora da parada cardíaca, o ritmo inicial no monitor, tempo para desfibrilação, comorbidades e situação clínica. As chances de sucesso são maiores no colapso testemunhado com realização de RCP na cena e chegada rápida do suporte avançado, embora Kipper⁷ tenha observado que 73,5% dos óbitos em unidades de terapia intensiva (UTI) pediátricas receberam RCP. Nos relatos de UTIs americanas, descritas por Moritz⁸, 60% dos pacientes não se beneficiam da RCP e apenas têm o processo de morrer prolongado.

O médico também pode prestar atendimento a pacientes fora dos recursos atuais de cura, ou terminais. *Nessas condições, a RCP só tem a finalidade de postergar a morte, podendo determinar um estado de coma persistente, já que o coração tolera hipóxia por mais tempo que o cérebro. Apesar de ser uma decisão que causa angústia em todos que dela participam, oferecer a esses pacientes a opção de não realizar manobras de RCP é conduta amparada moral e eticamente, mesmo não tendo, ainda, aceitação unânime em nosso meio³.*

Alguns pacientes não recuperam a consciência depois de uma parada cardíaca revertida. Muitas vezes o prognóstico para adultos em coma profundo (Escala de Coma de Glasgow abaixo de 5) pode ser avaliado com precisão após 2 ou 3 dias. A ausência do reflexo fotomotor no terceiro dia; ausência de resposta motora à dor até o terceiro dia e ausência bilateral dos potenciais evocados somatossensitivos são os três principais fatores associados a desfechos desfavoráveis. Os pacientes devem estar normotérmicos e comatosos por pelo menos 72 horas após a agressão hipóxico-isquêmica. A interrupção do suporte de vida é eticamente permitida nessas circunstâncias⁶.

Para os pacientes fora de possibilidade terapêutica, com doenças terminais, lúcidos ou inconscientes, devem ser garantidos cuidados para o conforto e dignidade, minimizando o sofrimento associado à dor, dispnéia, delirium e outros sintomas ou complicações. Às vezes essas pessoas se dirigem

às emergências apenas para morrer sob assistência médica, por medo que a família não receba o atestado de óbito sem encaminhamento ao Instituto Médico-Legal, se o paciente chegar morto ao hospital. Deste modo, as equipes de cuidados paliativos costumam fornecer resumo do quadro clínico por escrito, para os pacientes ou familiares apresentarem ao médico que eventualmente os atenda. Para esses pacientes, seria eticamente aceitável aliviar a dor e outros sintomas, mesmo que essas intervenções pudessem encurtar a vida do paciente⁹. Intervenções intempestivas, como o suporte avançado de vida, prolongam um sofrimento sem perspectiva de melhora (distanásia).

Tomada de decisões na emergência

Modelos para decisões éticas na emergência já foram descritos na literatura. Consideram a possibilidade de situações semelhantes onde a mesma conduta possa ser usada e buscam estratégias para encurtar o tempo de decisão e atitudes subjetivas. Quando tais passos são insuficientes, a ação médica pode seguir as regras da imparcialidade, universalidade e na justificabilidade interpessoal¹⁰.

A decisão de ressuscitar deve ser dicotômica (do tipo sim ou não) e imediata. Manobras inadequadas e ações lentas ou tardias para mostrar à família ou equipe que tudo foi feito não são justificáveis clinicamente ou eticamente¹⁰. Por outro lado os médicos não são obrigados a realizá-las nas situações já definidas. Para consenso, a equipe médica pode adotar critérios de certeza do diagnóstico; conduta padronizada da comunidade científica em casos semelhantes; legalidade da conduta proposta; respeito à autonomia do médico assistente; desejo do paciente ou representante; norma da instituição de saúde; sentimento emanado da equipe de saúde e expectativa da sociedade, especialmente da comunidade à qual pertence o paciente. Quando existirem dilemas éticos na manutenção do suporte avançado de vida ou em casos em que a parada é uma possibilidade já prevista, podem ainda ser consultados os Comitês de Bioética, se disponíveis¹⁰.

Os Departamentos de Bioética e de Cuidados Intensivos da Sociedade de Pediatria de São Paulo³ apresentaram diretrizes aos médicos, pacientes e famílias para a eventual decisão de não reanimar. Explicando-lhes a doença e o prognóstico, leva em conta o consentimento do paciente e família, conforto físico, afetivo e emocional nos casos sem chances, e a discussão multiprofissional. Nos casos de desacordo deve-se recorrer a outros médicos para julgamento preciso da situação clínica. O

processo decisório e conclusão devem ser registrados de modo completo no prontuário do paciente. Os pilares da relação contratada são o paciente, familiares, médico assistente e/ou socorrista.

Com a evolução das diretrizes, o CFM lançou em 2006 a Resolução 1.805¹¹ autorizando a ortotanásia, e o Ministério Público Federal¹² a revogou por liminar. Esse fato pode traduzir a preferência da sociedade pelo compromisso do médico que “tudo seja feito”, mesmo quando a morte é certa. Aparente retrocesso, a suspensão serviu para a sociedade debater publicamente a terminalidade da vida e os princípios do cuidado paliativo. Nessas questões controversas, uma abordagem aberta é melhor que negar a morte como parte da nossa vida e tratá-la como tabu.

Discutiremos os aspectos bioéticos da autonomia, competência do médico e do indivíduo nesse processo.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As discussões éticas nos assuntos relacionados ao fim da vida partem tanto de iniciar, quanto interromper a ressuscitação cardiopulmonar. Muitos profissionais de saúde concordam que a intubação e a cardioversão não são apropriadas em um paciente com ordens expressas de não ressuscitação. A maioria dos médicos dos serviços de emergência nos Estados Unidos respeitaria ordens escritas, mas não deixariam de iniciar RCP fundamentados apenas em documentos não-oficiais ou relatos verbais¹⁰.

Pelo princípio da futilidade médica, as evidências justificariam eticamente a interrupção das manobras de RCP após pelo menos 20 minutos de tratamento, nos pacientes com ritmo diferente da fibrilação ventricular no momento da parada¹³. Se o objetivo de um tratamento não pode ser alcançado, este seria considerado fútil⁷.

Alguns autores evitam o termo “futilidade” pela falta de consenso na definição¹³. Seria melhor denominar “intervenções não benéficas”, “inefizes” ou com “baixa probabilidade de sucesso”. Para dilemas deste tipo, poderiam ser utilizadas quatro etapas¹³: deliberação e resolução; decisão em conjunto entre médico e paciente ou familiar; assistência de um consultor ou representante do paciente e recurso a um Comitê de ética. Na Clínica Mayo, em 255 consultas clínicas ao Comitê de Ética Médica, 70% dos impasses foram resolvidos

sem necessidade de reunir o grupo multidisciplinar de revisão de casos¹⁴.

No Brasil existem relatos da conduta médica para RCP na emergência clínica e unidades de terapia intensiva. Segundo Annas e Orentlicher, citado por Abdalla¹⁵ e a American Heart Association⁹, Um paciente competente poderia definir diretiva antecipativa que indicaria quais intervenções aceitaria ou recusaria se perdesse a capacidade de tomar decisões. Os tribunais americanos consideram manifestações escritas mais confiáveis que lembranças de conversas, mas atualizações devem ser feitas porque os pacientes podem se adaptar a novas condições de saúde e mudar de idéia.

Quando uma pessoa perde a capacidade de tomar decisões sobre seus cuidados médicos, um parente ou amigo torna-se responsável. *A justiça americana reconhece a prioridade para a guarda legal na ausência de um responsável previamente designado: 1- Do cônjuge; 2- Filho adulto; 3- Pais; 4- Qualquer parente; 5- Pessoa escolhida pelo cuidador; 6- Profissional de saúde especializado definido por lei. Os responsáveis devem representar a vontade expressa ou o melhor interesse do paciente⁷. Crianças podem ser incluídas nas decisões apropriadas para sua maturidade e consultadas sobre decisões médicas, quando capazes. Menores de 18 anos raramente possuem autoridade legal (exceto menores emancipados e condições específicas, como doenças sexualmente transmissíveis e gestação), mas a opinião de uma criança maior deve ser considerada. Se houver conflito com os pais, os esforços devem se concentrar na solução. O uso da força raramente é apropriado na assistência à saúde para adolescentes⁹.*

Para resolução de questões éticas em situações de morte iminente é necessário compreender o significado do consentimento e autonomia do paciente e do médico, conforme a realidade brasileira. Segundo Diego Gracia¹⁶ o médico *tenta contrabalançar seu status e dividir com o assistido o processo de deliberação. Não só os atos morais, mas os atos clínicos demandam decisões prudentes. Nunca se exige uma decisão correta, pois o certo nem sempre é conhecido. O certo é o correto em geral. O prudente é o correto em uma situação concreta.*

O consentimento e autonomia do indivíduo

As relações entre profissionais de saúde e paciente se transformaram profundamente ao longo das décadas, pela evolução da tecnologia e do modelo paternalista para um apoiado na autonomia.

Descreve-se autonomia como princípio e ação humana, deriva do grego *auto* (*próprio, eu*) e *nomos* (regra, domínio, governo, lei)¹⁷. Filosoficamente, do ponto de vista de Kant, *todo ser racional deve considerar-se como fundador de uma legislação universal*. Como princípio, a autonomia é realizável quando existem elementos racionais e emocionais para decidir, numa *justa medida*, entre as possibilidades determinadas e as condicionantes.

Para exercer sua autonomia, o indivíduo deve reconhecê-la, ter capacidade e opção. Quando a capacidade de escolha está temporariamente prejudicada por doenças, como depressão ou medicações, o tratamento dessas pode recuperá-la. Quando as escolhas são incertas, as condições urgentes devem ser tratadas até esclarecimento⁹.

O desrespeito ou falsa presunção da autonomia fere o direito à auto-proteção. Na relação médico-paciente há circunstâncias nas quais as partes podem não ser autônomas. Ambos devem ser competentes, livres e capazes de uma escolha consciente. Na prática são raras as ações autônomas, pois a liberdade absoluta poderia infringir o direito de outra pessoa. Autonomia é o direito de consentir ou recusar determinado tratamento. Embora esse princípio proporcione maior atenção nos cuidados, traz situações nas quais o paciente deseja intervenções exageradas, que beiram a futilidade, criando questionamentos: É possível “vencer” a morte? Quais os objetivos e limites da medicina?

Competência do paciente e do médico

Saber se um paciente é capaz de exercer sua autonomia pode auxiliar os médicos nos processos decisórios. Para um consentimento válido, o paciente precisa receber a informação adequada sem coação sobre o tratamento e ser competente para aceitar ou recusar¹⁸. No Brasil, o conceito de competência parece pouco relevante para justificar a recusa de tratamento. O problema ético está em definir os critérios aceitáveis para impor tratamento quando um paciente o recusa. Essa conduta se deve principalmente ao receio de envolvimento nas questões ético-legais. A divisa entre a liberdade de escolha do paciente e o dever de atuação do médico, algumas vezes paternalista, necessita ser delineada tão precisa e publicamente possível¹⁸.

Para o médico, o termo competência está mais voltado à capacidade civil ou responsabilidade legal; em certos casos, se refere à capacidade mental. O juramento hipocrático definiu os princípios para a prática médica: *filia* (*amor amigável ao ser hu-*

mano), não-maleficência, beneficência, sigilo médico e justiça. Estes são insuficientes para orientar decisões depois que a competência do médico sofreu profundas transformações. O médico passou da posição soberana e incontestável a questionamentos e pressões. Os avanços científicos, tecnológicos e meios de divulgação contribuíram para a melhoria da saúde, mas por outro lado aumentaram as demandas judiciais por imperícia, imprudência ou negligência contra médicos, equipes de saúde e instituições¹⁸. *O médico deve ter clara a idéia que os confrontos éticos são inevitáveis e a sua competência é limitada. Afinal, quem dá as ordens o paciente ou o médico*¹⁸?

Pela legislação brasileira, o médico é competente para o exercício da profissão, quando recebe o diploma do Ministério da Educação e se inscreve ao Conselho Regional de Medicina. O Código de Ética Médica não trata da competência, mas da autonomia e liberdade do médico. Os demais artigos do código visam preservar a autonomia do paciente e dependem da consciência do médico¹⁸.

Se o médico tiver problemas de consciência ou moral subjetiva com alguma solicitação, pode referir o paciente e família a outro colega, desde que sem prejuízo. Isso incentiva o médico a não abandonar seu paciente. O processo de conciliação pode ser iniciado pelo médico assistente, chefe da unidade, paciente ou representante legal. Nenhuma decisão de retirada ou não-oferta de suporte vital pode ser tomada sem esses dois últimos. Um problema especial surge quando a solicitação parte da família, mas o médico discorda que seja o melhor para o paciente. Nesse caso, o princípio da beneficência prevalece sobre o da autonomia e as causas de tal solicitação devem ser estudadas profundamente, por equipe multiprofissional. O parecer do Comitê de Bioética pode ser de extrema utilidade.

A Ética e a lei

Na Constituição Federal, art. 196 e Constituição Estadual, art. 241, *a saúde é direito de todos e dever do Estado, cabendo a este programar políticas públicas que assegurem aos cidadãos o acesso às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação*. Aos pacientes em condições extraordinárias, com perigo iminente de morte, são imperativos recursos também extraordinários, para preservar suas vidas¹⁶.

A prática médica é regulamentada também pelo Código de Ética Médica, Código de Defesa do

Consumidor e pelo novo Código Civil e Penal. Estes últimos dispõem sobre a responsabilidade do profissional e prestador de serviço de saúde, modalidades de indenização cabíveis, ônus da prova, e outros aspectos. A legislação é relativamente recente, já que a vigência do Código de Defesa do Consumidor data de 11 de março de 1991 e a do novo Código Civil, de 11 de janeiro de 2003. Já a responsabilidade penal do médico é regulada principalmente pelo Código Penal, em vigor desde 1940, com a parte geral reformulada pela Lei n.º 7.209/84. Outras leis regulamentadoras específicas são a Lei dos Juizados Especiais Cíveis e Penais, a n.º 9.099/95¹⁶ e a *Estadual 10.241, de 1999*²⁰. *Esta última, mais conhecida como “Lei Covas”, dispõe sobre direitos dos usuários dos serviços de saúde – inclusive o de consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos nele realizados*.

No Código Penal, artigo 135, conceitua-se crime de omissão de socorro: “Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada, extraviada, ou à pessoa inválida, ferida, ao desamparado ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública”. Muitos médicos entendem que suspender ou não indicar medidas de suporte avançado caracterizaria, em qualquer circunstância, omissão de socorro. Partindo da premissa de que a morte é inexorável e não haveria como salvar a vida, é permitido entender que este artigo do Código Penal não se aplicaria. Isto não significa deixar de prestar a assistência, conforto físico, afetivo e emocional ao paciente e o apoio, informações e esclarecimentos aos familiares²².

Os conselhos de ética médica são respaldados pela Resolução n.º 1.657/2002¹⁹, que normatiza as Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde. A resolução CFM 1451/95 normatiza as condições de funcionamento de Hospitais e Prontos Socorros e a n.º 1.805/06¹¹, sobre a terminalidade da vida, foi revogada.

Em estudo publicado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp)¹⁶ sobre as ações judiciais relacionadas ao exercício da medicina naquele estado, o dano físico mais freqüente foi lesão (45% das demandas), incluindo permanentes, graves e menos graves, seguido da morte do paciente em 24,9% dos processos. A grande maioria dos pacientes alegou que não foi informada corretamente dos possíveis desfechos. Do ponto de vista ético, a comunicação funciona, como bem

colocou Albuquerque e Garrafa²¹, como uma ferramenta para humanização do agir ético.

Atualmente, a prestação de serviços de saúde é complexa no Brasil, tem médicos de diferentes especialidades, profissionais de saúde, grandes empresas de saúde e outros. Qualquer desses prestadores de serviço pode figurar como réu das ações de indenização por alegado erro médico. Os mais recorrentes são os médicos (197), seguidos dos hospitais (173); poder público (49); operadoras de plano de saúde (42); clínicas (15); e laboratórios (11)¹⁶.

Em outra publicação relativa às condições dos serviços de saúde, identificaram-se várias situações de risco: falta de equipamentos adequados na sala de emergência dos prontos-socorros e equipe médica incompleta, tanto nos serviços públicos quanto privados¹⁶. Dos serviços de terapia intensiva do estado de São Paulo, somente 14% possuem programa do familiar acompanhante, fator de humanização do atendimento que poderia contribuir para o restabelecimento dos pacientes¹⁶.

Questões religiosas

Em muitas circunstâncias, a mera recusa de tratamento pode não ser suficiente para quem acredita que esta vida é única e deve ser preservada a qualquer custo. A decisão de prolongar a vida a qualquer custo, já foi amplamente discutida, com o termo *distanásia*^{23,24}, e não teria origem na crença da vida após a morte. O grande valor que as religiões, particularmente as que seguem os princípios judaicos cristãos, atribuem à preservação da vida não significaria, nos casos de morte inevitável, utilizar sempre todos os recursos disponíveis.

A igreja e a justiça concordam que não há distinção entre a retirada e a não-instituição de tratamentos. A diferença é que a justiça permite ambas em situações definidas, enquanto a igreja não permite nenhuma das duas²⁵. O divisor de águas entre a igreja e a justiça é saber se a nutrição artificial e hidratação constituem cuidados ordinários (facilmente disponíveis, com esforço, sofrimento e custo similares ao de uma situação normal) ou extra-ordinários. O sistema legal enxerga a nutrição artificial e hidratação como intervenções médicas semelhantes a outros procedimentos invasivos, enquanto a igreja considera uma forma natural de preservar a vida. A visão, de que havendo consentimento do paciente, não haveria dano, não é compartilhada pela tradição judaico-cristã, que

reconhece mal em tirar a vida humana. Na moralidade laica, os indivíduos teriam segurança em suas decisões racionais, por mais repreensíveis ou mal-orientadas que possam parecer.

Segundo Fisher e Raper²⁶, *a provisão de nutrição artificial pode não ser sempre um componente fundamental do cuidado paliativo. Ela pode causar flatulência, náusea ou diarreia. A hidratação artificial pode prolongar um processo de morte doloroso e desconfortável sem mitigar quaisquer sintomas. Além disso, pacientes que recusam comida e água geralmente têm uma morte pacífica.*

Existe uma distância entre os tribunais e a Igreja Católica. Em 2004 o Papa fez declarações que condenavam ações ou omissões que acelerassem ou desencadeassem a morte, mesmo quando o propósito fosse de eliminar a dor²⁵. Por outro lado, a justiça reconhece a doutrina do duplo-efeito, desenvolvida por teólogos católicos e disseminada para outras religiões, direito e filosofia. Por essa doutrina, uma ação com dois efeitos pode ser justificada, se o efeito benéfico for intencional e o maléfico previsto, mas não procurado²⁵.

Por fim, o consentimento por diretrizes antecipativas de indivíduo que perdeu a capacidade deliberativa, numa visão moral secular, não canônica, não poderia impedir a pessoa de terminar sua vida, caso tenha desejado ter permissão para morrer e para ter sua morte acelerada nas circunstâncias já discutidas².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir a legitimidade da recusa do suporte avançado de vida nas situações de morte iminente no âmbito da bioética, não é a busca pela unanimidade. Buscam-se princípios que possam nortear as decisões, como o da autonomia e da competência, que regem a relação médico-paciente nos momentos de vida e de morte. O que se pretende é discutir e refletir sobre decisões subjetivas, que possam ser mais objetivas.

A legislação e os códigos de conduta exigem do médico a prudência. A grande questão é quando as situações exigem decisões oportunas e rápidas. Um bom caminho é submeter decisões polêmicas às provas da legalidade (não se pode realizar ato ilegal); da temporalidade (se tivesse tempo agiria da mesma forma?) e da publicidade (o médico estaria disposto a defender sua posição em público?).

Como exemplo de atitude moralmente indefensável, citamos a administração de bloqueadores neuromusculares (BNM) após a retirada do suporte ventilatório. Argumentos a favor considerariam a necessidade de confortar a família diante da agonia e certeza da morte depois da retirada do ventilador mecânico. Outros diriam que o bem-estar do paciente tem precedência sobre os interesses da família. Entretanto, os BNM não são sedativos ou analgésicos, apenas mascaram o desconforto e interferem com a obrigação de minimizar o sofrimento de um paciente moribundo²⁷.

A American Heart Association (AHA) descreveu dilemas éticos em ressuscitação cardiopulmonar, que poderiam ser adaptados à realidade brasileira. O problema é que no Brasil não existe legislação específica que proteja o médico na eventual decisão de não ressuscitar ou de abandonar os esforços ressuscitatórios. As discussões nos conselhos de ética já caminham para o desenvolvimento de diretrizes.

A fundamentação da legislação brasileira muitas vezes é fruto de convicção religiosa, como em outras culturas, valorizando a vida a qualquer custo. A morte é temida e encarada de modo trágico. O pouco esclarecimento dos pacientes e familiares, além das irregularidades nos Serviços de Saúde públicos e privados, dificulta mais a definição da competência de cada parte. Isso não deveria interferir com o direito secular do indivíduo de recusar tratamento e optar pela morte sem perda da dignidade, com prolongamento do sofrimento físico sem perspectiva de retorno à vida em sua plenitude.

O código de ética médica necessita de mudanças principalmente quanto ao modelo paternalista, onde apenas o médico assume a decisão conflitante, particularmente nos artigos 46, 48 e 56. O médico tem uma responsabilidade individual e social nas suas decisões, mas os pacientes e familiares também assumem aqui a sua participação. Esse viés permitiu incorporação insidiosa da distância à prática da medicina, enquanto o processo de morrer com dignidade deveria ser intrínseco à condição humana e incorporado às leis.

Quando não é possível deliberar sobre a recusa de tratamento tenta-se evitar que as decisões sejam imprudentes. Nessas situações, os pacientes e familiares devem conhecer a verdade e ser respeitados nos seus valores, nos limites da lei e da ética médica. Quando a morte é inevitável e o suporte de vida avançado é questionado, o parecer de ou-

tro médico ou de um comitê de ética trazem maior precisão no julgamento da situação clínica. Todos os componentes da equipe de saúde responsável pelo atendimento do paciente devem participar do processo decisório. Finalmente, as decisões devem ser amplamente discutidas entre a equipe de saúde e a família, procurando obter consentimento esclarecido e registrando-o no prontuário.

REFERENCIAS

1. Renato G. G. Terzi e Olavo Camargo Silveira. Questões bioéticas e legais na limitação do esforço terapêutico nas Unidades de Terapia Intensiva. Doutrina: disponível em <http://www.apamagis.com.br/doutrina/doutr-20060817.php>, acessado em 18/maio/2008.
2. Engelhardt, H.T.: Capítulo 7. Livre e informado consentimento, recusa de tratamento e a equipe de assistência médica: as muitas faces da liberdade, in Fundamentos da bioética, 2ª edição, Edições Loyola, 2004.
3. Oselka G, Aspectos éticos da ressuscitação cardiopulmonar. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.47 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2001
4. Ardagh, M. Futility has no utility in resuscitation medicine. J. Med. Ethics 2000; 26;396-399
5. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva; 2001.
6. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment. Washington, DC: US Government Printing Office, 1983.
7. Kipper D, Piva J, Garcia PC, Einloft P, Bruno F, Lago P, et al. Evolution of the medical practices and modes of death on pediatric intensive care units in southern Brazil. *Pediatr Crit Care Med*. 2004;
8. Moritz RD. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Bioética*, vol. 13,nº 2. 2005.p.51.
9. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2005; 112(24 Suppl):IV1-203.
10. Schmidt TA. Moral moments at the end of life. *Emerg Med Clin North Am* 2006; 24(3):797-808.

11. Brasil. Resolução n.º 1.805, de 9 de novembro de 2006 Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 28 nov. 2006. Seção 1, p. 169.
 12. Brasil. Procuradoria da República. Recomendação n.º 01/2006 – WD – PRDC: disponível em <http://prdc.prdp.mpf.gov.br/legis/docs/exfile.2006-11-21>, acessado em 22/set/2007.
 13. Marco CA, Schears RM. Death, dying, and last wishes. *Emerg Med Clin North Am* 2006; 24(4):969-987.
 14. Swetz KM, Crowley ME, Hook C, Mueller PS. Report of 255 clinical ethics consultations and review of the literature. *Mayo Clin Proc* 2007; 82(6):686-691.
 15. Abdalla LA. Aspectos éticos e médico-legais da ressuscitação cardiopulmonar - ordens de não ressuscitar. *Arq. Bras. Cardiol.* vol.72 n.3 São Paulo Mar. 1999.
 16. Brasil. Centro de Bioética – CREMESP: Entrevista com Diego Gracia disponível <http://www.cremesp.org.br/>.
 17. Cohen C, Marcolino JAM. Relação médico-paciente: autonomia e paternalismo in Segre M e Cohen C. *Bioética*. Edusp, 3ª Ed. São Paulo. 2002.
 18. Hossne WS. Competência do médico. in Segre M e Cohen C. *Bioética*. Edusp, 3ª Ed. São Paulo. 2002.
 19. Brasil. Resolução CFM n.º 1.657, de 11 de dezembro de 2002. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n.º 246, 20 dez. 2002. Seção 1, p. 421-2. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n.º 108, 6 jun. 2003. Seção 1, p. 73 – Retificação.
 20. Brasil. Lei Estadual n.º 10.241, de março de 1999 - Dispõe sobre direitos dos usuários de serviços de saúde.
 21. Albuquerque MC, Garrafa V. Enfoque bioético de la comunicación en la relación medico-paciente en las unidades de terapia intensiva pediátricas. *Acta Bioethica* .Ano VII, n.º 2, pág. 355-67. 2001.
 22. Constantino CF, Hirschheimer MR. Dilemas éticos no tratamento do paciente pediátrico terminal. *Bioética*, vol. 13, n.º 2. 2005.p.85.
 23. Pessini, L.: *Distanásia: até quando prolongar a vida*. São Paulo: Loyola, 2001.16.
 24. Batista, KT Reflexões sobre a distanásia. *Ética Revista*, ano V, n.º 6, nov./dez., 2007.
 25. Robinson EM, Phipps M, Purtilo RB, Tsoumas A, Hamel-Nardozzi M. Complexities in decision making for persons with disabilities nearing end of life. *Top Stroke Rehabil* 2006; 13(4):54-67.
 26. Fisher MM, Raper RF. Courts, doctors and end-of-life care *Intensive Care Med* (2005) 31:762-764.
 27. Burns JP, Mitchell C. Is There Any Consensus About End-of-Life Care in Pediatrics? *Arch Pediatr Adolesc Med* Vol.159, Sep 2005: 889-891.
-

