

O DIREITO DE MORRER COM DIGNIDADE DO PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMO

THE RIGHT OF THE SERIOUSLY SICK PATIENT TO DIE WITH DIGNITY

MARIANA TORSANI FANTUCI^{1*}, FRANCIELLE GONZALEZ CORREIA GOMES²

1. Acadêmica do curso de graduação em Psicologia da UNINGÁ - Centro Universitário Ingá; 2. Mestre em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil (2009). Docente da graduação em Psicologia da UNINGÁ - Centro Universitário Ingá, Brasil.

* Rua José Fracarolli, 82, Jardim Alvorada do Sul, Paraná, Brasil. CEP: 87707-040. mtfantuci@hotmail.com

Recebido em 18/09/2016. Aceito para publicação em 10/11/2016

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo expor como a literatura científica aborda o tema sobre a finitude e o direito do paciente com uma doença incurável de morrer com dignidade e qualidade de vida. Foi realizada uma revisão de literatura sistemática na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS onde foram pesquisados artigos sobre o tema proposto, após analisar o material através da leitura dos resumos restaram sete artigos. O trabalho buscou responder: de que forma é possível que um paciente com uma doença incurável tenha uma morte digna e com qualidade? Desta forma, a pesquisa se justificou para disseminar o assunto entre a comunidade a fim de que se torne uma prática comum entre os profissionais e cidadãos minimizando o sofrimento do paciente em fim de vida. Serão apresentadas no decorrer do trabalho as questões bioéticas do morrer com dignidade, os cuidados paliativos e as diretivas antecipadas de vontade. Conclui-se que a morte na atualidade tende a ser evitada com tratamentos inúteis gerando dor e sofrimento, para que haja uma morte digna com qualidade de vida é possível contar com a filosofia dos cuidados paliativos e as diretivas antecipadas de vontade que auxilia na autonomia do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Autonomia, dignidade, cuidados paliativos, qualidade de vida.

ABSTRACT

This present research aimed to expose how the scientific literature deals with the theme of finitude and the right of the patient with an incurable illness to die with dignity and quality of life. A systematic literature review was conducted on the Virtual Library Database in Health-BVS where the articles on the theme were researched, after analyzing the material by reading summaries seven articles remained. The research sought to answer: How is it possible that a patient with an incurable disease has a dignified death and with quality? This way, the research is justified to disseminate the subject to the community so that it becomes a common practice among professionals and citizens minimizing the patient's suffering in the end of life. Bioethical questions will be presented during the research of dying with dignity, palliative care and advanced directives of

will. It is concluded that the death today tends to be avoided with useless treatments causing pain and suffering, so there is a dignified death with quality of life you can count on the philosophy of palliative care and the advanced directives of will that help the autonomy of patient.

KEYWORDS: Autonomy, dignity, palliative care, quality of life.

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa versa sobre o direito de morrer com dignidade do paciente gravemente enfermo. Desta forma, a pesquisa tem por objetivo apresentar como a literatura científica atual aborda a questão bioética sobre o morrer com dignidade e a autonomia do paciente frente a uma doença incurável. Tem também o objetivo de apontar o papel dos cuidados paliativos e a atuação do psicólogo com pacientes que estão fora de possibilidade de cura. Ainda, apresentar as Diretivas Antecipadas de Vontade/Testamento Vital para que se torne conhecida e garanta o cumprimento do desejo expresso do paciente no final da vida.

Diante disso, esse estudo se faz necessário para que profissionais e a comunidade conheçam as alternativas que existem e que são pouco divulgadas, com isso contribuem para o bem-estar e qualidade de vida do paciente no fim da vida, diminuindo o sofrimento. Além disso, este trabalho também busca contribuir para a pesquisa acadêmica, pois, a partir do levantamento dos artigos utilizados, foi possível observar como esse é um campo pouco estudado pela área da psicologia. O interesse pessoal para a pesquisa surgiu com a leitura sobre o assunto em meios de comunicação que fomentou à vontade em aprofundar o assunto.

Kovács (2010)¹ se refere à morte no século XXI vista como inimiga, algo vergonhoso e que fere a onipotência do homem contemporâneo. A tentativa de ocultá-la é uma estratégia defensiva. Diante do avanço da medicina, a morte, que antigamente ocorria em casa, passa a acontecer dentro dos hospitais. Com a entrada no hospital, o paciente deixa de ser visto como uma pessoa e passa ser

visto como um objeto, que não tem mais o direito de planejar e decidir sobre sua vida e morte.

Kübler-Ross (2012)², ao retroceder no tempo e estudar culturas antigas, relata que há, desde muitos séculos, o medo do homem perante a morte. Isso, do ponto de vista psiquiátrico, é algo compreensível, visto que em nosso inconsciente a morte não é algo real quando se trata de nós mesmos, não é possível imaginar um fim real para nossa vida, não nos vemos como seres finitos.

Algumas razões que tornam a morte algo para ser evitado é que hoje em dia o processo do morrer se tornou triste sobre vários aspectos, pois se tornou solitário, mecânico e desumano. Isso porque muitas vezes o paciente é retirado do seu convívio familiar e é levado ao hospital. Quando se trata de um paciente gravemente enfermo, no geral, ele perde o direito de opinar sobre sua própria vida, na maioria das vezes serão as outras pessoas, seja da família ou equipe profissional, que irão decidir por ele. Ao chegar ao hospital, vários procedimentos são realizados, vários profissionais são solicitados, todos dão suas opiniões, trocam ideias, fazem perguntas à família e pouco a pouco esse paciente é esquecido, decisões são tomadas sem seu consentimento, tornando-se um objeto de preocupação e de alto investimento financeiro; “custaria tão pouco lembrar-se de que o doente também tem sentimentos, desejos, opiniões e, acima de tudo, o direito de ser ouvido”².

De acordo com Kübler-Ross (2012)², o paciente pode em vão chamar por repouso ou dignidade que em troca receberá mais e mais cuidados médicos. Ou então ter o desejo de fazer alguma pergunta, mais o que percebe são profissionais agitados, preocupados com o tempo, com as batidas do coração, com o pulso, funcionamento dos pulmões. A necessidade humana em vencer a morte a todo custo dispensa um tempo precioso junto ao paciente,

Urge, talvez, levantar uma questão: estamos nos tornando mais ou menos humanos? ... Independente da resposta, o paciente está sofrendo mais, talvez não fisicamente, mas emocionalmente. Suas necessidades não mudaram através dos séculos, mudou apenas nossa aptidão em satisfazê-las².

De acordo com Kovács (2010)¹, as pessoas com doenças avançadas podem sentir medo da morte. É possível observar mudanças nas formas de morrer dos últimos anos. O medo de que ocorram tratamentos nas Unidades de Terapia Intensiva, que cause sofrimento e dor, é presente na população em geral assim como nos pacientes graves. Pode ser por isso que se ouve tanto falar em eutanásia e suicídio assistido como formas de evitar o excesso de cuidados terapêuticos e o prolongamento da vida com sofrimento.

Ambos os conceitos citados acima são confundidos

na maioria das vezes e, de fato, há convergências entre eles, mas é importante destacar as diferenças. Nos dois casos, o paciente que é portador de uma doença sem cura, em estado terminal ou não, busca nessas alternativas o alívio do seu sofrimento, resultando na sua própria morte. Enquanto na eutanásia um terceiro age diante da morte, no suicídio assistido essa ação não parte diretamente de um terceiro, é consequência de uma ação do próprio paciente que obteve assistência, que pode ser entendida como uma orientação, auxílio ou apenas uma observação de um terceiro³.

Segundo Rocha (2014)³, entre alguns países onde a prática é considerada lícita, está Holanda, Luxemburgo, Bélgica, Suíça e alguns estados nos Estados Unidos. No Brasil, essa prática é considerada crime de acordo com o Código Penal Brasileiro⁴, que no art. 122, determina:

Art. 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça. Pena – reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

Hoje em dia, o morrer se tornou algo planejado e programado, o paciente pode ser submetido a tratamentos totalitários, o médico em seu desejo pode recorrer a cuidados exagerados com intenso sofrimento, utilizando de recursos máximos da medicina, o que resulta no prolongamento da vida artificialmente. Isso se configura como distanásia, em que, diante dos recursos instrumentais e farmacológicos, torna-se possível a luta contra a morte até as últimas consequências. Assim, o paciente permanece em um estado piedoso, sem nenhuma qualidade de vida por algum tempo que não é possível determinar⁵.

Ao contrário do termo eutanásia, que é popularmente conhecido, a distanásia é pouco mencionada. O termo é conceituado como: “Morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento” usado como sinônimo para tratamento inútil. Na distanásia, não é o processo de vida que é prolongado, mas o processo do morrer. Fala-se em obstinações terapêuticas ou em futilidades médicas. Sendo assim, vale pensar: até onde prolongar o processo de morrer quando não há mais chances de cura?⁵.

Segundo Kovács (1992)⁶, o responsável pelo grande medo da morte no século atual é acreditar que o processo de morrer vem sempre acompanhado de muito sofrimento e dores insuportáveis ou que a pessoa precisa estar inconsciente. Medidas inúteis de sobrevivência que mais se assemelham a instrumentos de tortura ainda são usados. Outra crença que acaba sendo reforçada pelo fato de realmente acontecer hoje em dia trata-se de pessoas terminando sua vida de forma isolada e na solidão dos hospitais. A autora destaca: “Sabemos que os hospitais gerais não estão aparelhados para o tipo de trata-

mento que visa dar alívio e conforto. É importante ressaltar que ainda é assim, mas que não precisa ser dessa forma⁶”.

Este trabalho se propõe a responder a problemática a respeito do morrer com dignidade, tratando da seguinte questão: de que forma é possível que um paciente com uma doença incurável tenha uma morte digna e com qualidade? Nesse sentido, o artigo visa a discutir sobre as questões de fim de vida, utilizando o seguinte caminho: apresentar as questões bioéticas a respeito do morrer com dignidade, os cuidados paliativos e as diretivas antecipadas de vontade.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho é uma revisão de literatura sistemática que buscou verificar na bibliografia atual as publicações existentes sobre a temática da terminalidade da vida. Os artigos foram pesquisados na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, que reuniu revistas científicas como: Lilacs, Medline, Bdnf e INDEX Psicologia. Como critérios de seleção foram pesquisados artigos entre 2012-2015, com os descritores: “morrer com dignidade”, “morte digna” e “pacientes fora de possibilidade de cura”, no idioma português. Foram considerados artigos e teses. Embora o objetivo do trabalho tenha sido pesquisar a temática com pacientes gravemente enfermos, os trabalhos encontrados nem sempre se referiam a essa demanda. A princípio com os descritores apresentados foram identificados 5.149 estudos, que foram filtrados por idioma português e ano de publicação, reduzindo este número para 34 estudos, todos os trabalhos foram analisados a partir da leitura dos resumos e selecionados de acordo com a adequação ao tema proposto. Por fim, na seleção final, restaram sete estudos.

Além da pesquisa bibliográfica atual, foram utilizados artigos, manuais, código penal e livros cujo conteúdo abarca o tema proposto.

3. DESENVOLVIMENTO

Questões bioéticas

Como mencionado, os objetivos selecionados para a discussão estão divididos em três tópicos, a saber: 1) questões bioéticas; 2) cuidados Paliativos e 3) diretivas antecipadas de vontade/Testamento vital.

A bioética se baseia no respeito à dignidade humana, regida pelo princípio da beneficência, que estabelece o dever do profissional da saúde garantir sempre o melhor para o paciente, garantindo o máximo de vantagens para o paciente e o menor risco. Por sua vez, o princípio da não maleficência diz respeito à garantia de que o profissional de saúde não cause nenhum dano intencional ao paciente. O princípio da justiça dispõe da garantia e dos benefícios dos serviços de saúde⁷ (Diniz *apud* Lima

(2015)).

Lima (2015)⁷, ao interpretar Beca (2007) quanto ao princípio da autonomia, determina que o paciente tenha direito à liberdade de escolher se quer recusar ou aceitar procedimentos hospitalares aos quais serão submetidos. Há o dever do médico em esclarecer todas as informações sobre o diagnóstico e o direito do paciente em ser informado para tomar as decisões sobre os procedimentos que se seguirão ao tratamento.

Segundo Lima (2015)⁷, vale citar o princípio da qualidade de vida como uma extensão do princípio da beneficência, sendo um fator importante para determinar critérios da intervenção médica. A vida é valiosa por si mesma e sua qualidade é crucial para o bem-estar, esta qualidade pode ser comparada pela forma como a pessoa se relaciona com a vida, comunica-se e interage consigo e com os outros. Quando isso deixa de existir ou é prejudicado, como nos casos das pessoas com doenças incuráveis, não há justificativa para continuar intervindo com procedimento médicos para prolongar a vida de forma quantitativa e não mais qualitativa, sendo assim, nessas situações, as decisões médicas devem ter como critério a qualidade de vida do paciente, e não analisar seu bem-estar é ter uma postura vitalista, que agride os direitos do paciente e sua dignidade.

De acordo com Lima, Rego e Siqueira-Batista (2015)⁸, as decisões referentes ao fim de vida podem ter como personagem principal o sujeito em processo de morrer, o representante legal ou o profissional de saúde. Contudo, o papel da família também é importante nesse processo, o ideal é o diálogo entre todos para que as decisões sejam tomadas da melhor maneira possível. O ponto central e fundamental no processo de tomada de decisão é o respeito à autonomia do paciente, isso significa ter o direito de aceitar ou recusar tratamentos. Caso não seja existente a possibilidade para que o sujeito tome a decisão, é possível recorrer às diretivas antecipadas de vontade, um instrumento por meio do qual o sujeito expressa sua vontade antecipadamente, garantindo seu direito em decidir sobre os cuidados que poderá receber ou não, “trata-se da expressão da sua vontade, indicada por antecipação, que se fundamenta no princípio de respeito à autonomia (p. 35)”. Na interpretação de Lima e colaboradores (2015)⁸ sobre Beauchamp e Childress (2002), na inexistência das diretivas antecipadas de vontade, a tomada de decisão será realizada com a participação do representante legal, que será nomeado a partir da incapacidade do paciente em responder por si mesmo. O representante é quem irá decidir em seu nome, para isso deverá considerar sua decisão a partir de alguns pontos: o melhor interesse do paciente visando ao seu bem-estar e o respeito à vontade do doente - caso não tenha sido expressa, deduzindo a partir de seus valores, vontades e concepções.

Com o avanço das tecnologias, a medicina tem al-

cançado a cura para várias doenças e maior qualidade de vida, por outro lado também maior quantidade de vida, com isso suas interferências muitas vezes são excessivas e faltam limites. Sendo assim, hoje há um temor de que haja o prolongamento da vida com sofrimento, que prolonga o processo do morrer e elimina a dignidade e autonomia humana nesse momento⁷.

De acordo com Kovács (2014)⁹, os processos de distanásia realizados com pacientes gravemente enfermos acontecem de forma errônea ao acreditar que não os realizando estaria se definindo a eutanásia. Porém, evitar a distanásia não é optar pela eutanásia. Se o principal objetivo da eutanásia é levar à morte para abreviar a dor e o da distanásia é impedir a morte a qualquer custo, a ortotanásia, por outro lado, busca a morte com dignidade no momento correto, com controle da dor e sintomas físicos, psíquicos, bem como questões relativas às dimensões sociais e espirituais.

Segundo a interpretação de Lima (2015)⁷ sobre Santoro (2010), atualmente há uma discussão rodeando o assunto da ortotanásia no campo dos direitos humanos e da bioética sobre a sua legalidade e ética. Compreende-se a ortotanásia, de acordo com o autor, como a atitude do médico diante de um paciente que apresenta uma doença incurável, em que a morte é iminente e inadiável, interrompe tratamentos inúteis que prolongaria a vida de forma que acarretasse sofrimento intenso ao paciente e passa a oferecer-lhe os cuidados paliativos, para que venha a morrer com dignidade.

Lopes *et. al.*, na interpretação de Lima (2015)⁷, afirmam que, quando a morte é compreendida como um processo natural que faz parte da vida, a ortotanásia entra como um respeito à morte digna, possibilitando assim um morrer com humanização. Se o processo de vida é embasado pelo respeito à dignidade, a morte como parte desse processo intrínseco também deve ser orientado pelo mesmo.

Cruz e Oliveira (2013)¹⁰ afirmam que o paciente fora de possibilidade de cura tem o direito de optar pela distanásia ou pela ortotanásia. A escolha pela ortotanásia não significa optar pelo abreviamento da vida, mas a recusa por tratamentos inúteis, assim como o prolongamento da vida resultam na morte, por ser uma evolução de uma doença, cuja cura é inexistente, sendo assim a escolha pela ortotanásia não adianta a morte. A ética em ortotanásia não se reduz a adiar ou não a morte, mas se amplia a prevenção da dignidade e autonomia diante da vontade do paciente gravemente enfermo.

Cuidados paliativos

De acordo com Menezes e Barbosa (2013)¹¹, no século XX a medicina administrou a morte com novas tecnologias, tornando-se responsável pela redução de taxas de mortalidade e prolongamento da vida. Com as medidas de prevenção e controle social de doenças, a

medicina desempenha papel central no afastamento da morte da consciência pessoal. Surgiram críticas ao modelo dos cuidados “desumanos”, um modelo “frio” e excessivamente “institucionalizado”, em que o profissional da saúde busca controlar os modos do morrer, causando prejuízo à autonomia do enfermo. Tais fatores são as possíveis causas da origem do modelo de assistência dos Cuidados Paliativos ou da filosofia Hospice.

O cuidado paliativo é confundido com o termo Hospice, que era utilizado antigamente ao se referir a abrigos destinados a peregrinos. O relato mais antigo é do século V. O movimento do Hospice moderno teve início com a inglesa Cicely Saunders, médica que em 1967 fundou o St. Christopher's Hospice. Em 1982, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho responsável em definir políticas de alívio de dor e cuidados do tipo Hospice para todos os pacientes com câncer. A primeira definição dada pelo OMS foi em 1990, que foi revisada em 2002 e substituída pela atual:

Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual¹².

Com base em uma pesquisa que aponta um aumento da população e da expectativa de vida, os autores apontam que junto com esse prolongamento da vida os profissionais da saúde iniciaram a compreensão de que mesmo não havendo cura é possível atender a pessoa com uma doença incurável com foco na qualidade de vida e cuidado, por meio da assistência profissional interdisciplinar ao paciente e apoio à família que compartilha desse processo de fim da vida¹³.

Segundo Menezes e Barbosa (2013)¹¹, a equipe de Cuidados Paliativos presta auxílio para a produção da “boa morte”, para isso é necessária uma transformação na forma da assistência em saúde. Se antes a atenção centrada na cura tinha como foco a enfermidade, agora no atendimento em Cuidados Paliativos trata-se de ter uma visão holística do indivíduo para buscar a qualidade de vida no tempo que resta. Há um destaque nas necessidades do paciente, sobre sua autonomia, a partir de uma comunicação sincera e aberta sobre a situação clínica e as alternativas terapêuticas.

Segundo Nunes (2012)¹⁴, a noção introduzida pela médica inglesa Cecily Saunders de “dor total” envolve diretamente a ação do psicólogo, uma vez que este identifica além do fator orgânico, também o emocional, social e espiritual relacionado com a dor. Com isso, reconhece que não há um ser biológico separado do psicológico. Em cuidados paliativos, esse termo foi ampliado para “sintomas totais”, pois os fatores psicológicos se

fazem presentes também em sintomas como ansiedade, depressão, vômito, dispnéia etc.

Segundo Nunes (2012)¹⁴, o psicólogo dentro da equipe demanda de habilidade em se comunicar com os demais profissionais das outras áreas. O trabalho de diferentes profissionais se faz necessário e importante a partir de uma compreensão de que o indivíduo é um todo. Sendo assim, cada um da equipe aborda o sofrimento em sua perspectiva que seu conhecimento lhe permite. O que une todos em um só objetivo de garantir que as necessidades do paciente, da família e da equipe possam ser identificadas e atendidas através da articulação dos diferentes saberes.

Segundo Hermes e Lamarca (2013)¹³, o psicólogo, ao se deparar com a finitude da vida, busca para o paciente a qualidade de vida, diminuindo seu sofrimento, ansiedade e depressão diante do processo de morrer. Sua atuação é essencial, tanto no nível preventivo como em todas as etapas do tratamento. Assim, é possível atuar na desorganização psíquica que gera estresse, depressão e sofrimento para o paciente em cuidados paliativos, além de fornecer apoio emocional para a família, permitindo a ela conhecer e entender o andamento da doença e sua evolução, como também buscar meios de que a autonomia do paciente seja respeitada.

A escuta e o acolhimento são instrumentos indispensáveis ao trabalho do psicólogo para conhecer a real demanda do paciente, além de ter que possuir uma boa comunicação interpessoal, seja em linguagem verbal ou não, firmando assim uma relação de confiança com o paciente¹³.

No conjunto de ideias paliativistas, para que a “boa morte” seja alcançada, o enfermo deve resolver questões pendentes, aproveitando a oportunidade para aprimorar-se ou para o aperfeiçoamento, podendo tomar decisões relacionadas ao seu falecimento (MENEZES E BARBOSA, 2013)¹¹. De acordo com o contexto em que está inserido, esse ideário pode sofrer alterações. No artigo intitulado “*A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças*” dos autores supracitados é realizada uma revisão acerca de como alguns países do mundo compreendem a “boa morte”. Para isso, utilizam de outros autores, tais como Consoante Castra (2003), Byock (1997), Menezes (2004) para discorrem acerca deste fenômeno. Na França, as equipes de Cuidados Paliativos incentivam o doente a realizar um relato da sua biografia, buscando produzir sentido no adoecimento e resolvendo questões afetivas e emocionais. Nos Estados Unidos, há um modelo composto por cinco frases cuja expressão possibilita a produção de uma “boa morte”. São elas: “obrigado, eu te amo, perdoe-me, eu te perdô e adeus”. No Brasil, o princípio do “resgate” das pendências, sejam elas legais, financeiras, sociais, afetivas, emocionais, relacionais e espirituais é o ponto cen-

tral, as equipes paliativistas buscam ajudar na resolução desses conflitos para que ocorra uma morte tranquila e, para que isso ocorra, encontros e rituais são planejados, como casamentos, batismos e noivados dentro dos hospitais, viagens para receber ou liberar perdão por ofensas antigas, documentos são assinados, entre outras decisões que precisam ser avaliadas para possibilitar uma “boa conclusão” da vida.

Segundo Menezes e Barbosa (2013)¹¹, ao analisar um estudo publicado em *The Economist* em 2010 sobre a qualidade da morte em quarenta países, o Brasil está na trigésima oitava posição, devido ao limitado conhecimentos dos profissionais sobre os Cuidados Paliativos, como também pelas dificuldades no acesso aos medicamentos para o controle dos sintomas.

Diretivas antecipadas de vontade / Testamento vital

O testamento vital teve sua origem nos EUA em 1969. Esse documento estabelece um direito de recusa por parte do paciente em receber tratamentos médicos que tenham como o objetivo prolongar a vida em diagnósticos de doenças terminais. Tal documento escrito deve ser entregue à família, médico ou representantes legais. Define-se como recusa a tratamentos entendidos como inúteis, que prolonguem o processo de morrer com sofrimento⁹.

Segundo Kovács (2014)⁹, no Brasil, optaram pelas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e, mesmo ainda não sendo uma lei, possui o respaldo do Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução 1.995/12. Nesse documento, consta o direito de o paciente determinar quais os tratamentos médicos de sua vontade e indicar um representante para esse fim, sendo que o médico tem dever em cumpri-lo. Contudo, Bussinguer e Barcellos (2013)¹⁵ afirmam que, embora o médico esteja obrigado eticamente a acatar as diretivas antecipadas do paciente, o conteúdo da Resolução não tem caráter legal, sendo assim legalmente ele não é obrigado a aceitá-las. Tal problema poderia ser resolvido com a promulgação de uma Lei que respaldasse o paciente sobre o assunto, como já possui em outros países, como Portugal.

De acordo com Kovács (2014)⁹, as DAV's declaram que o paciente deve ter um papel ativo na decisão de interrupção de tratamentos aos quais não deseja se sujeitar. A autora ainda ressalta que “não se trata de suicídio, omissão de socorro ou eutanásia, mas sim de respeito à autonomia e possibilidade de escolha do paciente” (p. 99).

Houve grande repercussão nacional a respeito da Resolução, que para alguns estaria autorizando práticas imorais como a eutanásia e o suicídio assistido. Contudo, Bussinguer e Barcellos (2013)¹⁵ afirmam:

...definimos de direito concreto à morte nada tem a ver com o suicídio. Ao contrário disso, pro-

pomos um novo olhar acerca da morte e sua relação com a vida. Nesse novo paradigma compreensivo sobre a vida e a morte, no qual a morte é considerada como um fato decorrente da própria vida, seu término, seu fim, mas que nem por isso deixa de fazer parte dela, entendemos haver um direito concreto à morte como um exercício da vida livre¹⁵.

Segundo Bussinguer e Barcellos (2013)¹⁵, a morte é vista como violação do direito fundamental à vida, mesmo quando ocorre de forma natural é considerada como um erro que deveria ter sido evitado. Sendo assim, é necessária a superação desse paradigma, pois é fato que muitas mortes poderiam ser evitadas, como no caso de homicídio, em que houve a violação da vida resultando na morte, mas há outros casos onde se faz necessário assumir o reconhecimento de que a morte pertence à dinâmica da vida, portanto não é um atentado contra ela, mas um percurso natural.

É o caso de pacientes terminais. Estes são caracterizados por se encontrarem em uma situação em que a morte já se instaurou como tal. Não há possibilidade de reversão do quadro. Nesse contexto, a morte só pode se apresentar como uma decorrência da própria vida. Se esta é um direito fundamental, a decisão acerca de até que ponto devem se seguir os tratamentos não passa de uma decorrência do exercício pleno do direito à vida, ou do direito à morte, entendida, neste caso, como uma decorrência da própria vida¹⁵.

De acordo com Bussinguer e Barcellos (2013)¹⁵, a Resolução garante ao paciente que o médico está vinculado à manifestação da sua vontade, expressa antecipadamente. Desta forma, garante o direito de decidir como pretende conduzir seus momentos finais de vida, tendo o privilégio de resgatar a dignidade e a autonomia nos últimos momentos de vida. A perda da consciência e da capacidade de tomar decisões e anunciá-las no fim da vida não deve roubar do indivíduo o direito de decidir a forma como seguirá sua vida de forma antecipada.

Os autores ressaltam que não é preciso obrigatoriamente um documento por escrito para fazer valer a vontade expressa do paciente sobre os cuidados por ele manifestados para que tenha validade. O médico, por meio da natureza da sua profissão, possui fê pública, sendo assim o simples registro no prontuário do paciente realizado pelo médico deve ser considerado como meios legais, não sendo necessário solicitar assinaturas ou presença de testemunha. A resolução, ao garantir que a autonomia do paciente seja respeitada mesmo quando este não estiver mais em condições de decidir sobre sua vida, coloca por terra a cultura centrada no médico, que reduz o paciente e o coloca em uma posição passiva, na qual

decisões acerca da sua vida são tomadas por outros sem que ele possa decidir ou se manifestar autonomamente de acordo com suas vontades de como quer ser tratado e quais procedimentos de intervenção está disposto a aceitar. “O ponto central e norteador da resolução é a autonomia do paciente, sujeito de sua história e de seu destino. O lugar do médico deve ser sempre o de condutor do processo terapêutico, e não o de senhor do destino de seus pacientes”¹⁵.

Conforme afirma Bussinguer e Barcellos (2013)¹⁵ ao citar sobre a Resolução n.º 1995 do CFM, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, dizer que o médico está submisso às decisões do paciente não quer dizer que ele seja desnecessário no tratamento, pelo contrário, o médico detém o conhecimento científico o qual o paciente não possui, exatamente por isso é uma peça fundamental no tratamento, contudo cabe ao paciente decidir até aonde ir com as intervenções. É sobre essa autoridade de decidir sobre sua própria vida e morte que compõe a Resolução n.º 1995 do CFM.

Sendo assim, Cruz e Oliveira (2013)¹⁰ questionam em seu estudo a responsabilidade do médico diante da morte do paciente em que foi cumprida a vontade expressa do paciente que não resultou em tratamentos extraordinários e que acarrete em sua morte. Quando se fala em direito de morte digna, logo se pensa em algo divergente ao direito de vida, no entanto, constitucionalmente, a morte digna compõe o próprio direito à vida, que é a morte natural.

A morte nada mais é do que o fim natural do processo da vida. Não se trata de fenômeno alheio à vida, mas a ela intrínseco. O direito à vida, como afirmado, não é um direito absoluto, vez que os princípios constitucionais, notadamente o princípio da dignidade humana, permeiam a interpretação de todos os direitos e garantias fundamentais. Assim, a vida protegida pela Constituição Federal é a vida digna. Pelo fato de a morte natural integrar a vida humana, conclui-se que ao proteger a vida o Constituinte protegeu também a morte digna, conformando esse valor em direito. Deste modo, enquanto há o direito à vida digna, pode-se igualmente falar em direito à morte digna¹⁰.

Cruz e Oliveira (2013)¹⁰ afirmam que a escolha pela ortotanásia por parte dos profissionais de saúde não configura omissão, pois o gerenciamento dos cuidados paliativos garante ao paciente diligências que asseguram o bem-estar com a aproximação da morte, sendo assim, o paciente não é abandonado. Com isso, o médico que opta por esse procedimento não estaria atuando de forma insensata e desatenta, pois para que a ortotanásia se caracterize “é preciso que o médico avalie o prognóstico

do paciente, preocupando-se com sua ‘qualidade de morte’ e autonomia, converse sobre o fim de vida, tratamentos possíveis e administre cuidado paliativo (p. 409)”.

4. CONCLUSÃO

Esta pesquisa buscou responder à questão: de que forma é possível que um paciente com uma doença incurável tenha uma morte digna e com qualidade? Assim, por meio da literatura consultada, podemos afirmar que diante dos princípios estabelecidos pela bioética em prol da vida e da saúde, pode-se afirmar que a boa morte, a morte digna, caracteriza-se pela ortotanásia aliada à filosofia dos Cuidados Paliativos.

O direito de morrer com dignidade pode ser compreendido como o direito que o paciente portador de uma doença incurável tem de decidir nos momentos finais de sua vida como deseja receber os cuidados para a preservação da sua dignidade. Assim, optam por aquilo que julgarem mais proveitoso, mesmo que isso signifique não escolher tratamentos que aumentem a quantidade de tempo em vida por meio de tratamentos inúteis que causam dor e sofrimento, mas, por outro lado, assegurem cuidados paliativos. Esses cuidados visam à administração de tratamentos que têm por objetivo a qualidade de vida, aliviando sofrimento e dor, diante de uma morte inevitável decorrente de uma doença incurável e que com sua evolução levará à morte inevitavelmente, como um processo natural e inerente à vida.

A morte digna é resultado de uma escolha consciente, esclarecida e autônoma do paciente. Cabe aos profissionais da saúde, família e representante legal respeitar sua vontade ao recusar a administração de tratamentos extraordinários e inúteis que aumentam a quantidade de vida, mas que afetam sua qualidade e, mesmo quando não houver mais a possibilidade de que o paciente decida por si, quando expressa antecipadamente, sua vontade deve ser respeitada.

Sendo assim, o que se busca em caso de doenças graves e incuráveis é o cuidado estritamente paliativo, e não mais curativo, objetivando a diminuição do sofrimento do paciente. Nesse processo, o papel do psicólogo é importante por considerar que paciente, família e equipe profissional precisam de escuta e acolhimento, já que não só o aspecto orgânico está em jogo, mas ao considerar o sujeito como um ser total, em que não se separa o orgânico do psicológico. Sendo assim, um afeta o outro e ambos precisam ser trabalhos com a mesma importância, uma vez que o processo de doença e do fim de vida acarreta sintomas físicos e emocionais, por considerar o indivíduo como um ser biopsicossocial e espiritual.

Destaca-se a importância de mais pesquisas no campo da psicologia, pois com o levantamento dos artigos foi possível identificar a escassez de material na área.

5. REFERÊNCIAS

- [01] Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. O mundo da saúde. São Paulo, 2010.
- [02] Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 2012.
- [03] Rocha R. Eutanásia, Suicídio Assistido, Distanásia, Ortotanásia e Testamento Vital: Aspectos Éticos e Jurídicos Acerca da Morte Digna. Revista Eletrônica de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Cruzeiro do Sul. São Paulo, v.1, n. 3, jan./jun. 2014.
- [04] JUSBRASIL. Lei nº 2.848/40, de 7 de Dezembro de 1940. Código Penal - Dos crimes contra a vida. Art. 122. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91614/codigo-penal-decreto-lei-2848-40#art-122>>. Acesso em 01 de setembro de 2015.
- [05] Angerami-Camon VA. A ética na saúde. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.
- [06] Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- [07] Lima, C., A., S. Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos. Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica. 13(1): 14-7, 2015.
- [08] Lima MLF, Rego STA, Siqueira-Batista R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. Revista Bioética. 23 (1): 31-39, 2015.
- [09] Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. Revista Bioética. 22(1): 94-104, 2014.
- [10] Cruz MLM, Oliveira R. A licitude da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. Revista Bioética. 21 (3): 405-411, 2013.
- [11] Menezes RA, Barbosa PC. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexão em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. Ciência e Saúde Coletiva. 18(9): 2653-2662, 2013.
- [12] Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. Manual de Cuidados Paliativos – ANCP. 2ª edição. Agosto, 2012.
- [13] Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 18(9): 2577-2588, 2013.
- [14] Nunes LV. O papel do psicólogo na equipe. Manual de Cuidados Paliativos – ANCP. 2ª edição. Agosto, 2012.
- [15] Bussinguer ECA, Barcellos IA. O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade. Ciência e Saúde Coletiva. 18(9): 2691-2698, 2013.