Simpósio sobre Ética

Eutanásia

Eutanásia

LUIZ ANGELO BORTOLON – Médico Anestesiologista. Chefe do Serviço de Anestesia do Hospital Conceição. Membro do Conselho Regional de Medicina.

✉ Endereço para correspondência:
Luiz Angelo Bortolon
Rua Cabral, 150/302
90420-120 Porto Alegre, RS, Brasil
Fone (51) 3331-4838

> "Assim como escolho o navio no qual viajarei ou a casa na qual habitarei, assim escolherei a morte pela qual deixarei a vida... Por que sofrerei as dores da doença e as crueldades da tirania, quando posso emancipar-me de todos os tormentos da vida e lançar fora as cadeias?"
>
> *Sêneca*

O termo *eutanásia* vem do grego, podendo ser traduzido como "boa morte" ou "morte apropriada". Foi proposto por Francis Bacon em 1623, em sua obra *Historia vitae et mortis*, como sendo o "tratamento adequado às doenças incuráveis". De maneira geral, entende-se por eutanásia quando uma pessoa causa deliberadamente a morte de outra que está mais fraca, debilitada ou em sofrimento. A seguir, vamos analisar alguns conceitos referentes ao tema.

Existem dois elementos básicos na caracterização da eutanásia: a intenção e o efeito da ação. A intenção de realizar a eutanásia pode gerar uma ação (eutanásia ativa) ou uma omissão, isto é, a não realização de uma ação que teria indicação terapêutica naquela circunstância (eutanásia passiva). Do ponto de vista da ética, ou seja, da justificativa da ação, não há diferença entre ambas.

MEIOS ORDINÁRIOS E MEIOS EXTRAORDINÁRIOS

Os médicos têm o dever de tratar os seus pacientes, não podendo abandoná-los. Mas, mesmo assim, é-lhes permitido escolher quando continuar tratando um paciente com todos os recursos a seu alcance, se for vislumbrado que para um determinado doente há esperança, e para outro, não. Como, então, decidir?

Se um paciente está em estado de coma irreversível, deverá ser colocado em um respirador? E um paciente com câncer doloroso terminal deverá ser ressuscitado? E se ele apresentar pneumonia, deverá receber antibióticos? E se necessitar de cirurgia correlata, deverá ser realizada?

A razão natural e a moral cristã dizem que o médico, em caso de doença grave, tem o direito e o dever de empregar os cuidados necessários para conservar a vida e a saúde. Este dever, no entanto, habitualmente só obriga o emprego dos meios ordinários (segundo as circunstâncias de pessoas, de lugares, de épocas e de culturas), isto é, dos meios que não imponham nenhum ônus extraordinário para si mesmo, ou para o outro. Não é vedado fazer mais do que o estritamente necessário para conservar a vida e a saúde, com a condição de não faltar a deveres mais graves.

Uma distinção deve ser feita entre aquilo que auxilia no prolongamento de uma vida, e então podemos chamar de ordinário, e aquilo que meramente prolonga o processo de morte, e então será chamado de extraordinário, por inútil e sem indicação.

Uma outra distinção, freqüente entre os médicos, é entre o tratamento padrão e o tratamento não rotineiro e, por isso, extraordinário. Neste sentido, alimentação e alojamento são básicos e ordinários, enquanto que, no outro extremo, tratamentos experimentais e caros são extraordinários.

Também dentro deste tópico, vamos citar algumas situações que devem ser distinguidas da eutanásia.

O emprego de analgésicos, narcóticos e sedativos destinados a aliviar os sofrimentos de um moribundo e a evitar dores insuportáveis, mesmo que provoquem o risco não desejado de abreviar a vida de um paciente, não constitui um caso de eutanásia, pois a morte não está sendo buscada como um fim ou um meio, mas apenas prevista e tolerada como algo inevitável. Trata-se do princípio do duplo efeito: um efeito bom, que é desejado, e, simultaneamente, um efeito mau, que não pode ser evitado. Todo o doente tem o direito de morrer com dignidade, e os cuidados paliativos podem ajudá-lo a suportar dores intoleráveis.

Distinta da eutanásia propriamente dita é o que vem sendo chamado de ortotanásia, que consiste em renunciar a meios extraordinários e dispendiosos, já citados, e que se tornam inadequados à situação real do doente porque não proporcionam os resultados que se poderiam esperar. Nestes casos, pode-se interromper a manutenção artificial da vida quando não há mais meios de recuperá-la devido a uma patologia irreversível. Não se trata aqui de suicídio ou homicídio eutanásicos, mas apenas da aceitação da condição humana frente à morte. De acordo com a proposta do anteprojeto de reforma do Código Penal Brasileiro, desligar os aparelhos que mantêm artificialmente a vida de um paciente terminal pode deixar de ser crime. Para isto, o médico deve ter a autorização prévia do paciente ou de sua família, e a concordância de dois outros colegas.

Ao contrário da ortotanásia, a distanásia consiste em prolongar a vida de um doente além do tempo, devido a motivos familiares (herança), políticos (chefe de governo) ou outros, sem respeitar o direito do paciente a uma morte digna. Trata-se de um comportamento ilícito e antiético.

SUICÍDIO ASSISTIDO

Alguns pacientes, a despeito de estarem adequadamente assistidos, podem desenvolver na fase terminal de suas vidas o desejo de apressar a morte, solicitando ao médico auxílio para ajudá-los a morrer, geralmente com o emprego de substâncias farmacológicas.

A diferença com a eutanásia é que, nestes casos, o próprio paciente desencadeia a morte.

O médico que se dispuser a ajudar um paciente nestas circunstâncias deve certificar-se de que a situação do doente está acima de qualquer possibilidade de tratamento, ou apresentando uma crise depressiva comum em estados terminais. Estas depressões requerem intervenção terapêutica. Se não for possível o tratamento, o médico poderá, conhecendo o paciente, abster-se de realizar manobras de ressuscitação. No entanto, esta conduta não é pacífica, considerando-se ainda que a participação em um suicídio pode ser considerada crime.

MORRER EM CASA

Morrer em casa ou no hospital?

Morrer em casa pode significar a oportunidade de uma morte calma, com privacidade e dignidade, no aconchego da família, tornando as coisas mais fáceis para o paciente e mais consoladoras para os que ficam. Uma vez que exista um ambiente familiar adequado, com conforto e carinho, a satisfação emocional é maior no lar, com a família e os amigos por perto.

Tanto os pacientes como a família têm de estar certos de que morrer em casa não significa falta de cuidados médicos. Algumas implicações tornam-se evidentes. Cuidar dignamente de uma pessoa que está morrendo num contexto clínico significa respeitar a integridade da pessoa. Portanto, um cuidado clínico apropriado busca garantir, pelo menos:

a) Que o paciente seja mantido livre de dor tanto quanto possível, de modo que possa morrer confortavelmente e com dignidade.
b) Que o paciente receberá continuidade de cuidados e não será abandonado ou sofrerá perda de sua identidade pessoal.
c) Que o paciente terá tanto controle quanto possível no que se refere às decisões a respeito de seu cuidado e lhe será dada a possibilidade de recusar qualquer intervenção tecnológica "prolongadora" de vida.
d) Que o paciente será ouvido como uma pessoa em seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e esperanças.
e) Que o paciente será capaz de morrer onde queira morrer.

AUTONOMIA DO PACIENTE *VERSUS* AUTONOMIA DO MÉDICO

Pode ocorrer que, em relação ao paciente terminal, surja um conflito entre a autonomia que tem o médico no exercício de sua profissão, e a autonomia que tem o paciente de decidir, livremente, quando capaz, ou por seu representante legal, a que tratamento quer se submeter, ou não quiser tratamento nenhum.

Em vista disso, quando surgir um conflito, os seguintes tópicos devem ser considerados:

a) A autonomia do paciente deve ser respeitada pelo médico, pelo serviço de saúde e pelos familiares.
b) A autonomia do paciente é a principal limitante da autonomia do médico.
c) O médico é implicitamente subordinado ao paciente conforme preceitua o Código de Ética Médica.
d) A lei não pode obrigar um cidadão, independentemente de sua profissão, a praticar atos contrários à sua moral.
e) Quando o médico é solicitado a violar a sua integridade pessoal ou a sua ética profissional, ou quando o tratamento solicitado é clinicamente inútil, lesivo ou contra-indicado, cabe ao médico respeitar o seu Código de Ética e seus *ditamente moris,* e encaminhar o paciente, junto com um relatório médico, dando por encerrada a sua participação no caso, e registrando o motivo da decisão no prontuário do paciente.
f) A Justiça deve ser acionada quando esgotadas as alternativas de diálogo entre o médico e o paciente, embora a inexistência de uma legislação clara e resolutiva nas questões relativas à área da saúde.

EUTANÁSIA NO BRASIL

Hoje, no Brasil, a eutanásia é crime, podendo caracterizar o ilícito penal de várias formas, sendo que, se diante de um doente terminal, alguém lhe causar a morte, médico ou familiar, estaremos diante de um homicídio, que poderá ter sua pena diminuída em face de atenuantes.

A comissão de reforma do Código Penal trouxe a seguinte alternativa:

Eutanásia: § 4º – não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, de cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

Estes dispositivos revelam a tendência da comissão de manter criminalizada a eutanásia, excetuando a possibilidade relatada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WANZER HS, *et al*. A responsabilidade do Médico Frente ao Paciente Terminal – New England Journal of Medicine, 30 de março de 1989.

Código de Ética Médica – publicado pelo Conselho Federal de Medicina.

Urso, LFB – A Eutanásia no Brasil – morteweb.hpg.ig.com.br

Timi JRR. Doente Crônico e /ou Terminal – Autonomia do paciente X Autonomia do Médico – Ver.

ANGIO. Cir. Vasc 11(2) 64-72 – abril-junho 2002.

WAISEL D, *et al* – The End of Life Sequence – Anesthesiology, 1997; 87:676-86

LANA ROBERTO. Eutanásia Total – in eutanasiafohden.hpg.ig.com.br.

SIQUEIRA JE. – Eutanásia – in morteweb. hpg.ig.com.br