

INTRODUÇÃO À TERMINALIDADE DA VIDA

O ser humano em todas as suas fases de existência, desde o inicio da sua vida, até o momento de sua morte, é detentor de direitos intrínsecos à sua personalidade e deve, portanto, ter a sua dignidade respeitada.

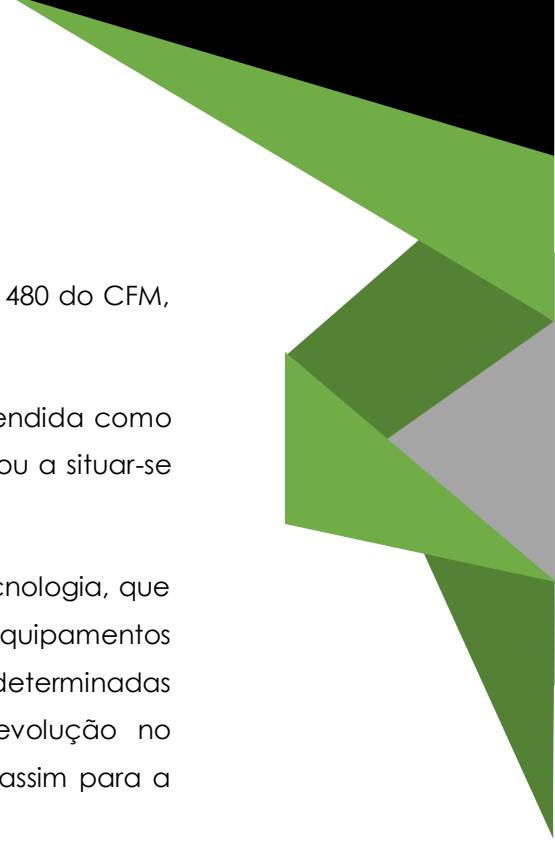
Essa dignidade está intimamente relacionada com o conceito de pessoa, com o seu valor axiológico, tendo em vista sua essência humana.

A morte, vista sob uma ótica filosófica, é o antônimo da vida, mas também é aquilo que faz parte da vida, e que por mais paradoxal que pareça “faz com que a vida possa ser melhor. Como aduz José Renato Nalini, “encontro de convite irrecusável, a morte continua a ser um problema insolúvel, seu sentido é outrossim, dar sentido à vida”.

Portanto, visto sob a ótica do naturalismo, base da cultura ocidental, a morte observa um caminho natural, e nesse sentido, aquilo que obsta o desenvolvimento da natureza das coisas, é tido por antinatural, ou mau. Deve-se, portanto, lutar nesse processo de terminalidade, sair da vida com dignidade.

Para Reinaldo Ayer de Oliveira “a morte foi considerada uma ocorrência caracterizada pela interrupção total das atividades vitais, notadamente pela parada do coração, ou pela ocorrência de uma lesão irreversível do tronco cerebral e do córtex cerebral por injúria direta ou falta de oxigenação, por tempo em geral superior a cinco minutos em adulto em normotermia – estamos diante da morte encefálica”.

Com o advento dos transplantes, introduziu-se um novo conceito de morte – a da morte encefálica, posto que há a retirada do coração “ainda batendo” do indivíduo, clinicamente morto, para a disposição dos órgãos e tecidos do seu corpo; tem



seus parâmetros estabelecidos pela Resolução n. 1480 do CFM, inspirado no protocolo de Harvard.

Percebe-se assim, que a morte pode ser entendida como um processo, uma seqüência de eventos, “e passou a situar-se como pólo de um processo de terminalidade”.

Com o desenvolvimento das ciências, da tecnologia, que culminou com a introdução de sofisticados equipamentos voltados para a recuperação e preservação de determinadas funções vitais, possibilitou-se uma verdadeira revolução no atendimento aos pacientes graves, concorrendo assim para a alteração conceitual do momento da morte.¹

Repousa a dignidade *humana* na noção de autonomia, tão valorizada em todos os momentos da prática médica, experimental, científica, cirúrgica, e que se vê nos derradeiros sopros de vida muitas vezes diminuída ou mesmo apagada, impossibilitada de se manifestar.

Nesse momento, quem vai falar mais alto? Quem vai gritar por amparo, por respeito? Por ajuda? É a dignidade, a essência humana, a alteridade.

Poderia a mídia sobrepor-se à conduta médica?

Perderia o paciente direito à autonomia da vontade em se tratando do estabelecimento do momento de sua própria morte?

Ao lado do direito de viver não estaria o de morrer com dignidade?

¹ Como exemplos dos citados aparelhos e tecnologia introduzidos no âmbito hospitalar aponta Ayer: a criação das UTIs na década de 80, os ventiladores artificiais, os aparelhos de diálise, os marcapassos cardíacos, fármacos com ações mais específicas, entre outros.

Por que se deve preservar a vida de um paciente terminal além dos limites de sua natureza?

Todas essas questões permanecem em aberto, sem consenso, pairando o entendimento individual numa escala de valores estritamente pessoal tendo em vista o momento histórico-cultural vigente.

A proximidade da morte não significa a negação da vida, mas sim a interrupção paulatina da existência à qual a doença vem retirar a dignidade, onde num fervoroso debate bioético discute-se se o prolongamento artificial de uma vida “vegetativa.

Assim, “a conduta moralmente aceita, e entendida como eticamente correta, não encontra um suporte efetivo no ordenamento jurídico, em decorrência da enorme distância que separa o ambiente científico do jurídico”.

A lei vem assim, apenas regular, ajustar o resultado da prática social já consagrada, adaptada ao momento histórico vigente.

É importante a análise desse tema tão complexo à luz das leis de bioética valorizando a autonomia, a beneficência e a justiça, devendo prevalecer o bom senso para a preservação da dignidade humana.

Tendo em vista a problemática que suscitam casos de terminalidade da vida passou a discutir-se a viabilidade de se elaborar um documento denominado Living will, também conhecido por testamento vital, ou diretivas antecipativas da vontade, que parece mais adequado ao atual estado da arte, onde o paciente externa o seu desejo, especificando sua vontade de receber ou não este ou aquele tratamento em face da manutenção de sua própria vida, no caso de não poder mais manifestar sua vontade.

Tal como ocorre na sucessão testamentária, o testamento vital é um ato pessoal, unilateral e revogável a qualquer tempo, através do qual a pessoa, necessariamente capaz no momento em que realiza o ato, expressa claramente a sua vontade.

Aponta-se como seu fundamento legal o direito à intimidade, onde o conceito de autonomia passa a ser interpretado com direito moral ou legal, como dever ou princípio.

“A grande importância dada a autodeterminação minimiza as obrigações médicas com respeito à beneficência e renúncia ao próprio interesse”.

O valor da sua capacidade de autonomia é inestimável para o paciente, pois integra o seu poder racional, expressa suas preferências valorativas – neste caso – em relação a si mesmo, para os momentos iniciais do seu processo de morte.

Bastante difundido nos EUA, começando a despontar entre nós o testamento vital – ou diretriz antecipada de vontade - é importante para elevar a autonomia do poder decisório do indivíduo, fazendo com que sua manifestação de vontade perdure, atravessando todo os processos vitais e de morte do paciente.

Assim, foi aprovada pelo CFM a Resolução n. 1995/12, que dispõe sobre as diretriz antecipadas de vontade dos pacientes, tendo em vista a necessidade de disciplinar a conduta do médico em face das mesmas, tendo em vista o grande desenvolvimento biotecnológico que as práticas médicas vem conhecendo na atualidade.

Outorga a presente Resolução, grande autonomia à vontade individual do paciente, ou de seu representante legal, sendo que, à luz de seu art. 2º, § 3º “As diretriz antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares”; e § 4º O

médico registrará, no prontuário, as diretrivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

Tal como dispõe seu § 5º “Não sendo conhecidas as diretrivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente”.

Em medicina não se pode fazer uma separação tão pontual entre o que é vida e o que é morte. A morte é um processo, através do qual, para conceituarmos a vida é preciso levar em conta a integridade das células, a integridade do indivíduo que permite que ele se relacione com o seu meio, qualificando sua vida”.

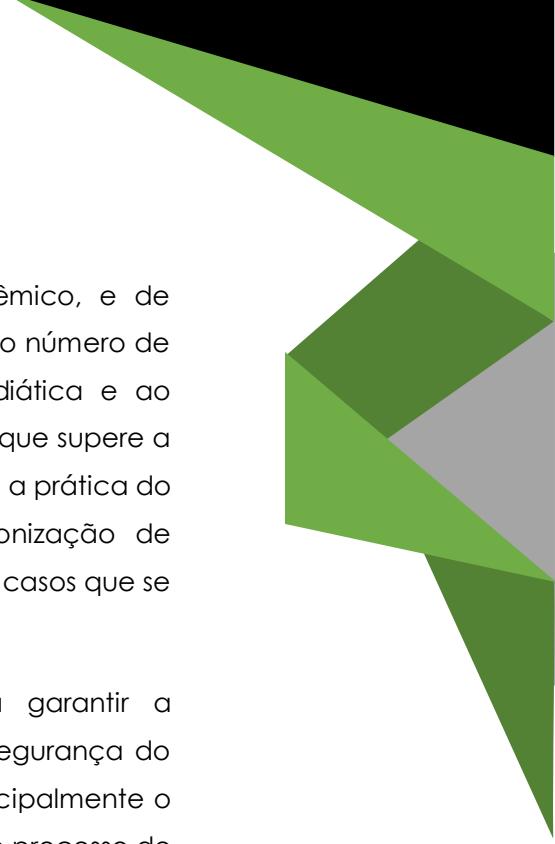
No Estado de São Paulo, temos a Lei n.10.241/99 – denominada Lei Mário Covas – que dispõe expressamente sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde, permite ao paciente recusar tratamentos extravagantes ou dolorosos de manutenção de vida, tal como dispõe o art.5º,III da CF.²

² É válido ressaltar que a lei sancionada pelo então Governador Mário Covas, na época em estágio avançado de doença, permitiu aos usuários do SUS e aos particulares a opção de tratamento nos casos terminais. O próprio governador utilizou-se da lei, para recusar o prolongamento artificial de sua vida. É válido ressaltar que em nenhum momento questionou-se a constitucionalidade dessa lei, que se encontra em plena vigência.

O Código de Ética Médica em vigor permite ao paciente uma maior autonomia na tomada de decisões atinentes à expressão de sua vontade em relação ao tratamento a ser-lhe administrado, tal como demonstram os princípios fundamentais elencados no Capítulo I, inciso XXI “ no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas; XXII “ nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”.

Estão também elencados no Capítulo IV, art.22 “ 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”; art. 24 “ deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”; art. 36 “ abandonar paciente sob seus cuidados § 2º salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por este ser portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos”; art. 41 “ abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”.

Nota-se uma grande mudança de paradigma do novo Código de ética Médica no que tange à manifestação da autonomia da vontade e da liberdade de escolha do paciente, à própria relação médico-paciente, que se demonstra num viés mais humanitário, compartilhando as decisões clínicas com os pacientes e seus familiares.



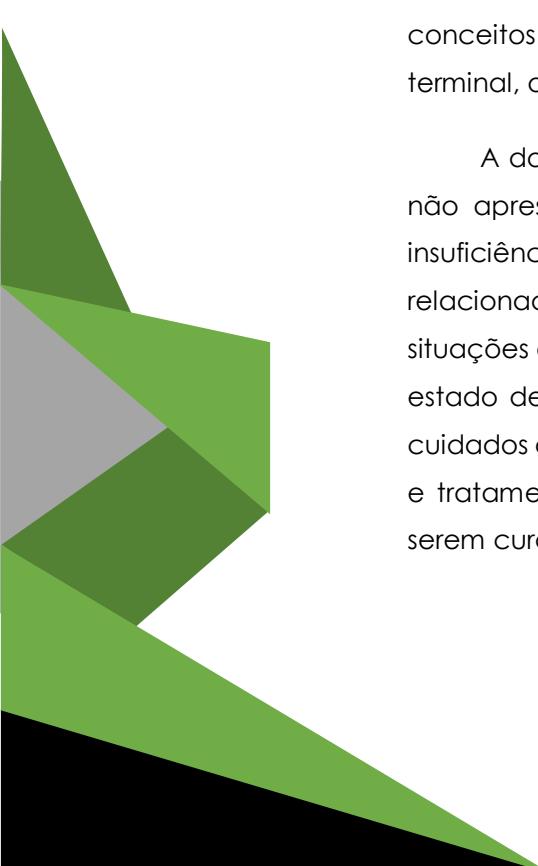
O tema da terminalidade da vida é polêmico, e de extrema relevância social, jurídica e política dado o número de casos concretos são levados à apreciação midiática e ao judiciário na busca de um posicionamento jurídico que supere a lacuna legal existente e torne clara a relação entre a prática do ato e sua legitimidade, garantindo uma padronização de condutas éticas, morais e jurídicas, em relação aos casos que se apresentam na prática médica cotidiana.

Assim, “a positivação da norma deverá garantir a legalidade da conduta perante a sociedade, a segurança do profissional de saúde para a prática do ato e principalmente o direito do paciente em tomar sua decisão frente ao processo de terminalidade da vida, garantindo assim a higidez de sua dignidade com a garantia de que não sofrerá intervenções médicas desnecessárias que contrariem sua última vontade.

Diversos conceitos veem esclarecer essa relação axiológica que se estabelece em alguns momentos situados entre a vida e a morte.

Inicialmente pensamos em esclarecer a ocorrência de três conceitos que envolvem o momento da morte: a doença terminal, o coma e o estado vegetativo.

A doença dita em **estado terminal**, é aquela cujo estágio não apresenta mais possibilidade de cura, evoluindo para a insuficiência dos órgãos e iminência de morte. Em geral, relacionado com doença crônica, também pode ocorrer em situações agudas e subagudas. Ao sujeito que se encontra nesse estado denominamos **paciente terminal**, sendo a eles dirigidos cuidados que melhorem a qualidade de vida, como alívio da dor e tratamento da depressão, chamados de paliativos, por não serem curativos.



As doenças terminais se diferem entre si, sendo algumas causadoras de dores e outras características por causarem o estado vegetativo ou o coma.³

O **coma**, é o estado no qual uma pessoa ou animal perde completa ou parcialmente a consciência, não tem reações cerebrais cognitivas espontâneas, ou reage pouco ou nada a estímulos externos. Ocorre um rebaixamento do nível da consciência do paciente por várias causas. A identificação da causa geradora do estado de coma permite ao profissional médico a elaboração do prognóstico do paciente. Apresenta graus. Num coma profundo, onde o paciente necessita de um respirador, podem aparecer mais frequentemente complicações.

O Coma é causado pela perturbação grave do funcionamento cerebral devido a traumas crânio-encefálicos, acidentes vasculares cerebrais; presença de tumores cerebrais; ocorrência de distúrbios metabólicos, por exemplo.

O **estado vegetativo persistente**, é aquele em que permanece somente a parte automática de funcionamento cerebral, ou seja, permanecem algumas reações de básicas de reflexo, como sucção, ou reação de acompanhamento do olhar, que acontecem de maneira automática. No estado vegetativo persistente, a pessoa não tem mais função voluntária. Teoricamente, não existe melhora do paciente em estado vegetativo. Tampouco existe qualquer contato com o mundo exterior, embora permaneça o reflexo ao estímulo, e não se possa afirmar que esse paciente sinta o reflexo da dor.

³ Estudos demonstraram que os pacientes que discutem suas preferências de cuidados no fim de vida com um médico são mais propensos a escolher cuidados paliativos com foco no conforto ao invés de medidas agressivas, e recebem cuidados de acordo com seus desejos

“As chances de o paciente recuperar a consciência depois de ser vegetativo durante três meses são muito pequenas. A literatura médica conhece casos esporádicos de recuperação, mas tratam-se de exceções raras, os quais podem estar representados por pacientes que não entraram logo em coma logo após o dano causado. Indicam, todavia, que no prazo de seis meses pode-se predizer o nível de inaptidão embora não se possa afirmar com certeza o grau de dano cerebral. Então, um critério conservador para a diagnose do estado vegetativo persistente, seria observar a evolução do quadro durante pelo menos 12 meses embora a recuperação cognitiva depois de seis meses seja rara em pacientes com mais de 50 anos”.

O fator mais importante no prognóstico dos pacientes em estado vegetativo persistente é a extensão do dano primário e a idade do paciente (pacientes mais jovens – abaixo de 40 anos, tem melhor prognóstico). Influi desfavoravelmente além da etiologia do dano, a idade avançada do paciente, a grande extensão do dano neurológico, a extensão desse dano nas duas semanas subseqüentes, além da presença de dano em zonas cerebrais específicas como corpo caloso e mesencéfalo.

Nesse sentido, temos que o risco de erro de prognóstico concernente à recuperação do paciente é pequeno. A determinação médica de que um paciente apresenta o quadro de recuperação improvável da consciência representa o início das deliberações sobre retirar ou não os meios de sustentação da vida vegetativa.