

O PACIENTE TERMINAL: REFLEXÕES SOBRE O LIMITE DO PODER DE ESCOLHA ENTRE A VIDA E A MORTE

Hildegard Taggesell GIOSTRI¹

Sumário: Introdução. 1. Breve histórico da morte e do morrer. 2. Sobre a eutanásia: o que pensam a nova e a velha legislação penal. 2.1 A eutanásia na História dos povos. 2.2 Tipos de eutanásia. 2.3 A Holanda e a eutanásia. 2.4 Dados estatísticos: taxa de aceitação. 2.5 A eutanásia e a legislação penal. 3. Dignidade do médico ou do paciente? 3.1 Diferença entre Eugenia e Eutanásia. 3.2 Que tipo de bem é a vida? 4. Investir no paciente terminal: até quando? Reflexões sobre a distanásia. 4.1 A distanásia: o morrer em paz e a tecnologia. 5. A aceitação da morte (pela Medicina, pelos médicos, pelos pacientes). 5.1 Qualidade de vida. Como entendê-la? 6. A dor e o sofrimento. Uma diferenciação importante. 7. A visão humanitária do morrer: os *hospices*. 8. Conclusões.

Resumo: A dificuldade de aceitação da morte leva à idolatria da vida. Medicina e médicos direcionam seus objetivos para a manutenção da vida e da saúde. A morte representaria, assim, uma meta não atingida. A manutenção artificial do prolongamento da vida para um doente terminal, além de inútil, pode não representar o seu desejo, conquanto possa ser a meta do médico e a dos familiares daquele paciente. A dor e o sofrimento há que serem repensados dentro de uma visão holística. Na luta terapêutica contra o desenlace final, deveria prevalecer a pessoa do doente e não a doença da pessoa, para evitar que ao invés de se ver prolongada uma vida, se prolongue a agonia do paciente.

Abstract: The resistance in accepting death leads to life's idolatry. Medicine and physicians' purposes are intended to maintain life and health. Therefore, death would mean an unachieved goal. Besides being useless, the artificial maintenance of life extension of a terminal patient might not be his own wish, but the family and doctor's goal. Pain and suffering must be holistic reconsidered. In the therapeutics struggle against the final denouement, the patient himself and not his disease, should prevail, and, thus, avoiding the extension of a life rather than the patient's anguish.

Palavras-chave: Paciente crônico. Doente terminal. Autonomia do paciente. Autonomia médica.

Key-words: Terminal patient. Chronic patient. Patient autonomy. Physician autonomy.

¹ Advogada e Bioquímica. Mestre e Doutora em Direito das Relações Sociais, pela UFPR. Pós-graduada em Filosofia e Língua Portuguesa pela PUC-PR. Docente no Programa de Mestrado em Ciência Jurídica, da Faculdade Estadual de Direito do Norte Pioneiro, *campus* da UNESPAR.

Introdução

O holismo é uma teoria que vê o homem como um todo indivisível, ou seja, o ser não pode e não deve ser entendido como um todo divisível, no qual seus componentes físico, psicológico e espiritual possam existir separadamente.

Uma Medicina holística, por sua vez, seria a antítese do modelo biomédico mecanicista, que se concentra no estudo isolado das partes da “máquina” humana e dos processos bioquímicos específicos que a fazem funcionar.

Diante de um doente qualquer, um terapeuta holístico subestimar a classificação da doença, voltando sua atenção para elementos tais quais o estilo de vida do doente, suas relações sociais, seu estado emocional, sua alimentação. Esse processo de interação com o doente faria toda a diferença.

Reportando essa imagem para o paciente crônico e/ou terminal, parece ser lúcido concluir que também a Medicina holística deveria ter aí um vasto campo de aplicação, uma vez que a expansão de uma Medicina voltada demasiadamente para a área do tecnicismo científico tem propiciado que se valorize muito a *doença da pessoa*, em detrimento da *pessoa do doente*.

O ato de morrer transformou-se, para muitos, no amargo isolamento de uma U.T.I., com o conseqüente afastamento de seus entes queridos, tendo apenas, como companhia, uma parafernália de fios e tubos e um ser uniformizado, vestido dos pés à cabeça, o que pode propiciar ao doente que o contempla o aumento da consciência (quando esta ainda existe) de sua solidão e de seu isolamento.

Amarga forma de se despedir de uma vida que pode não ter sido das melhores, mas que poderia acabar, pelo menos, de forma mais humana, mais digna e menos técnica.

Seria a frieza de uma UTI a última escolha e a vontade daquele que a tudo isto se submete? A quem, por direito, caberia escolher a melhor maneira de se despedir de um mundo conhecido, para adentrar o insólito e o desconhecido? Até quando continuar com os procedimentos de suporte vital?

Deveria o prolongamento artificial da vida se sobrepor como a única alternativa válida aos olhos da ética, mesmo trazendo mais sofrimento para o paciente e possivelmente comprometendo sua própria dignidade, além de aumentar a angústia e o sofrimento daqueles que lhe são caros?

A não-aceitação da morte está de tal maneira arraigada no ser humano, a ponto de justificar o prolongamento de uma sobrevida a qualquer custo? Ou será que nos esquecemos que cada ser é e será sempre uma complexa realidade bio-psico-sócio-espiritual...?

Até que ponto o médico deve estender um tempo de sobrevida do paciente terminal ao custo da solidão e do isolamento deste indivíduo, tendo como companhia apenas uma parafernália de aparelhos e tubos, sendo que, talvez, sua escolha fosse poder terminar seus últimos momentos no aconchego do calor de um lar e de uma família...?

Estes são alguns questionamentos que o presente trabalho se propõe a abordar sem a pretensão de esgotá-los ou mesmo de encontrar respostas definitivas. Para tanto, necessária se faz uma abordagem, ainda que tangencial, sobre a morte, o morrer e as possibilidades de ocorrência da eutanásia.

1. Breve histórico da morte e do morrer

A morte tem sido vista sob diferentes ópticas e tratada de diversas maneiras ao longo da História. Na Idade Média, em razão das guerras e das doenças que se alastravam de maneira rápida e

dizimavam com igual rapidez, ela, a morte, era esperada no âmbito familiar, no aconchego de um lar e cercada pelo respeito de todos.

Era muito importante morrer rodeado pelos familiares, após as despedidas de praxe (ou as possíveis) e, ainda, com um testamento firmado para garantir a continuidade da vontade do titular, após sua partida. Naquela época, nada podia ser pior do que morrer de forma repentina, ou isolado de outras pessoas.

No século XX, por contra, o cenário da morte alterou-se. Grande parte das doenças apresentavam desenvolvimento lento, podendo o tratamento ser demorado e ainda associado ao sofrimento e à dor. No caso de alguns tipos de cânceres, é sabido que o tratamento pode ser mais sofrido que a própria doença, haja vista os efeitos colaterais de uma químico ou de uma radioterapia.

Assim, hodiernamente, ao contrário da Idade Média, a morte desejada é a morte rápida, sem sofrimento e, se possível, sem consciência.

Apesar de possuímos hoje um maior conhecimento biológico, aliado a analgésicos potentes e equipamentos sofisticados e de altíssima precisão, sendo tudo isso ainda alicerçado por um vasto conhecimento psicológico, mesmo assim, a possibilidade de uma morte digna, e/ou em paz, parece ainda não estar ao alcance. Ao menos, não de todos, conquanto todos para a morte caminhem.

“Sim, temos muito mais conhecimento que tínhamos anteriormente. Mas não, esse conhecimento não tornou a morte um evento digno. O conhecimento biológico e as destrezas tecnológicas serviram para tornar nosso morrer mais problemático; difícil de prever, mais difícil ainda de lidar, fonte de complicados dilemas éticos e escolhas difíceis, geradoras

de angústia, ambivalência e incertezas”. (Cf. PESSINI, 1996, p. 33)

Na busca pela saúde, objetivo principal da Medicina, parece não haver um lugar de honra para o elemento morte. Destarte, na luta pela vida, a morte é vista como falha. A tal ponto chega esta visão do mundo ocidental que CALLAHAM (1993: 188-91) questiona: “deveria a morte ser integrada nos objetivos da medicina como ponto final dos cuidados médicos e não ser considerada como uma falha da atuação médica”?

A morte seria vista, então, como uma falha da Medicina, estando fora dos seus propósitos, os quais são, basicamente, o inverso daquela, ou seja, a vida e a saúde. Com base nesse enfoque é que ocorreriam as deformações do processo de morrer. Uma delas seria a parafernália tecnológica imposta aos moribundos nos Centros de Terapia Intensiva, que, muitas vezes, não só não lhes minora a dor e o sofrimento, como os prolonga. Considere-se o que HORTA pensa a respeito:

“Quando a vida física é considerada o bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria. A medicina promove implicitamente esse culto idólatra da vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte”. (In: ASSAD, 1992: 219-28)

Por tais razões, é sempre bom ter presente as sábias palavras de Rabindranah Tagore que, em sua obra *Pássaros errantes*, pondera que a morte pertence à vida, assim como o nascer, e que o caminhar

está tanto no levantar o pé, como no pousá-lo. Ou seja, a morte é na verdade, o único acontecimento previsível com certeza.

Destarte, tão importante quanto participar dessa certeza é a sua *aceitação* e a *escolha* de como se conduzir quando aquele momento chegar. Como ter uma morte boa ou uma morte tranqüila? Este era o sentido etimológico do vocábulo eutanásia, que, nos tempos contemporâneos, mudou consideravelmente de enfoque, passando a significar a própria supressão da agonia de um paciente terminal, razão pela qual não se pode tratar do assunto sem, ao menos, tangenciar o tema “eutanásia”.

2. Sobre a eutanásia: o que pensam a nova e a velha legislação penal

Informam os dados históricos que a palavra “eutanásia” teria sido criada pelo filósofo inglês Francis Bacon (século XVII). Em sua raiz etimológica, estão os vocábulos gregos *eu* – que significa bem, e *thanatos*, equivalente à morte. Assim, no seu sentido literal, eutanásia significa boa morte, morte apropriada, morte tranqüila. O seu antônimo seria representado pela distanásia, definida como morte lenta, ansiosa e/ou com muito sofrimento.

Hodiernamente, contudo, e conforme acima já referido, o vocábulo eutanásia passou a designar a morte propiciada de maneira voluntária à pessoa que padece de enfermidade incurável, ou que está sob longa e dolorosa agonia, e quando a Medicina esgotou seus recursos terapêuticos.

E não só isso, seu sentido ampliou-se de tal maneira que passou a abranger a noção de suicídio assistido e homicídio piedoso. Na verdade, todos esses termos nada mais são do que variação de um mesmo elemento: a morte provocada.

Assim, uma primeira característica dessa definição merece uma análise, qual seja, o fato de ela agregar em si a idéia de causar a morte de alguém, causa esta consciente, que pode tanto ser por motivo de piedade ou de compaixão, como pela aceitação de que nada mais a Medicina pode fazer por aquele paciente.

Outra análise paralela diria respeito ao direito que teria, ou não, uma pessoa de pôr fim à própria vida, valendo-se de uma outra pessoa. Seria um “direito” ou apenas uma “faculdade”? O nosso sistema jurídico ainda não encarou tal assunto de frente, portanto, não se tem uma resposta coerente para esse questionamento.

Uma terceira análise seria indagar a quem caberia realizar o ato destinado a interromper a agonia de um doente terminal. No entender de Francis Bacon, caberia ao médico, e tão somente a ele, propiciar o alívio necessário para favorecer uma morte doce e tranqüila.

Todavia, uma quarta análise há que correr paralelamente a esta assertiva: como ficaria o juramento hipocrático e toda uma ética médica construída sobre o alicerce máximo do princípio da proteção, preservação e salvaguarda da vida humana?

Também há que ser questionado – dentro dos constantes avanços da Medicina - até que ponto uma enfermidade é efetivamente incurável para se ter a certeza de que um paciente é realmente um doente terminal. Conceitos como os de “enfermidade incurável” e “paciente terminal”, além de imprecisos, podem se mostrar às vezes inadequados, sendo, portanto, reversíveis. A morte, no entanto, é irreversível.

2.1 A eutanásia na história dos povos

A sensibilidade ética dos povos tem variado de acordo com sua evolução. Uma breve revoada histórica sobre a prática da eutanásia

demonstra o quanto tal afirmação é verdadeira.

Em Esparta, local onde apenas importava a disponibilidade de indivíduos robustos e aptos para as lides bélicas, era prática comum - e até mesmo obrigatória -, arremessar do alto do Monte Talgeto os recém-nascidos portadores de malformação.

Em Atenas, por volta de 400 a.C., Platão pregava, no terceiro livro de sua *República*, o sacrifício de velhos, fracos e inválidos, tendo como argumento principal o fortalecimento do bem estar e da economia coletiva.

Na Birmânia, eram enterrados vivos os idosos e os enfermos em estado grave. Os germanos matavam os enfermos incuráveis e os eslavos e escandinavos apressavam a morte de seus pais, quando estes sofriam de um mal incurável.

As populações rurais de algumas colônias sul-americanas tinham o costume de “despenar” (livrar da pena, do sofrimento) alguém que estava a sofrer intensamente. A morte, então, lhe era propiciada por um amigo, que agia assim, piedosamente.

Também, na América do Sul, as populações de vida nômade (por força dos fatores ambientais), tinham por costume sacrificar anciões e enfermos, evitando, dessa forma, abandoná-los durante suas migrações, impedindo, também, que ficassem à mercê do ataque de animais selvagens.

Nos tempos modernos, reporta-se à figura de Napoleão Bonaparte que, durante a campanha do Egito, ordenou que seu médico matasse com ópio todos os soldados atacados pela peste, para que não caíssem vivos em poder dos turcos, uma vez que o estado adiantado da moléstia os impedia de prosseguir na campanha.

Sabe-se que Adolf Hitler, em seu governo, ordenou um tipo de

eutanásia eugênica, através da morte de milhares de judeus. Há quem questione, inclusive, o termo “eutanásia eugênica”, preferindo a diferenciação entre eugenia e eutanásia, conquanto se entenda que ambas dizem respeito ao extermínio “legal” de seres humanos. Tal correlação parece realmente não existir, haja vista que na eutanásia o objetivo “morte” tem sua prática justificada e respaldada tão somente no elemento “piedade”, o que inexistia na eugenia.

No Brasil, nos seus primórdios, teria também sido conhecida e praticada a eutanásia. Segundo alguns historiadores, determinadas tribos tinham por costume deixar morrer à míngua seus idosos, principalmente aqueles que já não mais podiam participar das festas, das caçadas e das pescarias, uma vez que, um elemento da comunidade que se visse privado de tais ações, nenhum estímulo mais teria para viver e, assim, a morte viria como um prêmio para uma vida já sem significado.

Na época do Brasil colonial, a tuberculose mostrava-se como uma moléstia sem cura e que produzia um definhamento crescente até a morte. A literatura brasileira tem alguns exemplos de poetas do Romantismo que, atacados de tuberculose, pediam pela morte ou deixavam-se morrer mais rapidamente do que o previsto, uma vez que o desenlace era inevitável.

Nos dias atuais, não se ignora que há prática de eutanásia, conquanto tal fato não seja divulgado. Pessoas há que proporcionam a “morte boa” a amigos e familiares ou, então, mesmo dentro da área médica, há profissionais que a praticam a pedido de pacientes irremediavelmente doentes.

Em pesquisa efetuada pela revista *Residência Médica* é informado que as maiores causas de eutanásia são o câncer e a AIDS, seguidos da raiva. Os dois primeiros se justificariam por não serem

patologias de morte instantânea. Nestas, a fase terminal vai, em média, de seis meses a dois anos, um período de tempo em que o paciente, de maneira geral, padece muita dor, sendo submetido a rigorosos e mutiladores tratamentos.

O fato de a prática da eutanásia não ser divulgada, assenta-se no dado de que a lei penal brasileira não separa a eutanásia do crime de homicídio, apenas o atenua, conforme se verá mais adiante.

2.2 Tipos de eutanásia

Diversas formas de eutanásia podem ser apontadas, levando-se em conta os *motivos*, os *meios* empregados e a *pessoa que a realiza*:

a - *Eutanásia terapêutica* – relaciona-se com o emprego ou a omissão de meios terapêuticos para propiciar a morte do paciente. Ela pode ser ativa, passiva ou indireta, voluntária, involuntária, não voluntária e, por último, de duplo efeito.

a.1 *Eutanásia ativa* – é o ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento, movido por sentimento de pena ou misericórdia.

a.2 *Eutanásia passiva ou indireta* – a morte advém pela interrupção do uso de determinado procedimento ou pelo não uso desse mesmo procedimento. Também é conhecida como eutanásia por omissão, ortotanásia ou paraeutanásia.

a.3 *Eutanásia voluntária* – a morte ocorre por atendimento à vontade do paciente.

a.4 *Eutanásia involuntária* – a morte é provocada contra a vontade do paciente.

a.5 *Eutanásia não voluntária* - inexistente manifestação do paciente sobre ela.

a.6 *Eutanásia de duplo efeito* – a morte é acelerada como uma consequência indireta das ações médicas que são executadas visando

ao alívio do sofrimento de paciente terminal.

b – *Eutanásia eugênica* – é aquela que se dá por eliminação indolor de seres humanos considerados “indesejáveis” em seu meio, tais como doentes incuráveis, inválidos e idosos. Tem por escopo “aliviar” a sociedade do peso de pessoas economicamente inúteis.

c – *Eutanásia criminal* – é a eliminação indolor de pessoas socialmente perigosas. Adotada largamente nos Estados Unidos da América.

d – *Eutanásia experimental* – é a ocisão indolor de determinados indivíduos com finalidade experimental em nome do progresso da ciência.

e – *Eutanásia solidarística* – é ocisão indolor de seres humanos com o escopo de salvar a vida de outrem.

f – *Eutanásia legal* – é aquela regulamentada e consentida por lei.

g – *Eutanásia homicida* – é aquela praticada não por médico, mas por parente ou amigo de quem vai morrer.

2.3 A Holanda e a eutanásia

O Parlamento holandês votou a favor de permitir mortes por compaixão dentro de rigorosas normas. Tais normas prevêm que o pedido de eutanásia deve ser formulado pelo paciente (eutanásia voluntária), e não por familiares e/ou amigos. O paciente deve padecer de dores insuportáveis e incuráveis e pedir pela morte repetidamente, num estado mental lúcido. Ainda assim, uma segunda opinião médica deve ser ouvida e obtida por escrito.

Veja-se que a retirada do sistema de apoio vital em casos considerados sem solução (eutanásia passiva) já era uma prática aceita na Holanda.

2.4 Dados estatísticos: taxa de aceitação

Na Inglaterra, um levantamento feito sobre o caso de um recém-nascido com doença mental grave, e rejeitado por seus próprios pais, levou ao seguinte resultado: 70% dos pediatras ouvidos entenderam que o infante não deveria viver; 57% dos médicos se posicionaram contrários ao procedimento cirúrgico na tentativa de salvar o bebê deficiente; e 17% mostraram-se favoráveis a ministrar drogas para impedir a manifestação de fome no recém-nato, matando-o por inanição. “O que leva a concluir que a maioria dos pediatras ingleses é capaz de recomendar a eutanásia em casos tais como Síndrome de Down, mongolismo ou outras doenças graves”. (In: ARQUIVOS, 21, 1989, p. 50)

2.5 A eutanásia e a legislação penal

No *Código Penal* vigente, não há referência ao homicídio eutanásico. Todavia, essa omissão legal quanto à eutanásia - por ter sido já tão criticada -, mereceu dos integrantes da 1ª Subcomissão de Reforma do *Código Penal* algumas reflexões que resultaram no delineamento de duas figuras específicas: a eutanásia ativa e a eutanásia passiva.

A primeira (ativa), caso sejam aceitas as sugestões dos especialistas, passaria a ser considerada como um homicídio privilegiado, com pena reduzida de 1/3 à metade, já que levada em consideração a motivação piedosa, e desde que houvesse o pedido do paciente, acometido, este, de mal irreversível, grave e permanente, segundo o atual estágio da Medicina, e com insuportável sofrimento físico.

A segunda (passiva), também chamada ortotanásia, seria permitida desde que praticada exclusivamente por médicos, após

cumpridos determinados requisitos. Estaria enquadrada em um caso de exclusão de ilicitude, passando a estar em conformidade com o Direito. Concretamente, corresponderia à conduta do médico que omite ou interrompe terapia em situação de morte iminente e inevitável, de acordo com o conhecimento médico atual.

Todavia, para que tal ato fosse considerado legal, três requisitos far-se-iam necessários:

a) Atestado assinado por dois médicos (excetuando aquele que executaria o procedimento) a respeito das condições objetivas, enquadráveis no conceito; e, ainda, autorização da família (cônjuge, companheiro, filhos, pais, conforme fosse o caso);

b) Autorização judicial a ser dada em três dias, após os quais, aquela não vindo, ficaria autorizado o ato.

Essa mudança de conduta na área legislativa é o indicativo da necessidade de introduzir o moderno conceito a respeito da vida, ou seja, que o prolongamento daquela não se justifica quando a própria vida já não é mais um dado real, mas uma simulação de vida, científica e artificialmente produzida.

Destarte, há que se inferir que uma vida humana preservada dessa maneira não é mais uma vida humana, mas uma vida vegetativa. Portanto, não há que se falar em qualidade de vida, ou em vida compatível com a dignidade humana. Parece ser lúcido concluir que em tal situação, um tempo maior de sobrevida seria um fardo pesado, e não uma dádiva.

A propósito, vale lembrar as palavras de Luiz Buñuel, em seu livro *Meu último suspiro*:

“Tão atroz, e talvez pior, parece-me a morte muito tempo diferida pelas técnicas médicas, essa morte que não acaba. Em nome

do juramento de Hipócrates, que coloca acima de tudo o respeito pela vida humana, os médicos criaram a forma mais refinada das torturas modernas: a sobrevida. Isto me parece criminoso”.

3. Dignidade do médico ou do paciente?

A morte é o fim para o qual todos caminhamos. Todavia, o médico é preparado técnica e psicologicamente para lutar contra ela e a favor da vida. Entretanto, situações existem em que o morrer pode se transformar até em uma questão de dignidade para o paciente, tal seu estado de sofrimento e seu desejo intenso de atingir o momento da libertação de seu suplício.

De acordo com estudos recentes, interferir ativamente na eliminação da vida é crime sob o ponto de vista da lei, sendo também considerado como falha ética. A moral não mudou a este respeito, sendo que as distorções que surgiram sobre o assunto estão relacionadas à manutenção artificial da função respiratória ou do comando cardíaco. A morte cerebral é aceita como elemento delimitador. As dificuldades existentes nos critérios de morte cerebral, aliadas ao tumulto emocional do momento, envolvendo a emoção dos familiares ante a eminência de uma perda, com uma energia psíquica canalizada para o médico, exteriorizada, às vezes, em atitudes mais ou menos agressivas, acabam por favorecer a ocorrência de decisões do profissional nem sempre tão racionais, como era de se esperar para a ocasião.

Ao que conclui o autor:

“A Ética Médica prevê dignidade em todas as fases da vida. Morte com dignidade é uma aspiração mal definida, por não serem os valores da dignidade os mesmos para as pessoas e,

no que diz respeito ao médico, deixar de lutar contra a morte é indigno". (*In*: ARQUIVOS, 27, p. 144)

Há um conceito arraigado de que o médico deve lutar contra a morte até as últimas possibilidades e, agora, com o advento das UTI, esta condição está sendo elastecida pela manutenção de uma "vida" que tornada tão artificial, acaba por não ter nada a ver com "a vida" e com "a dignidade" de um ser humano.

É de se questionar, então, na fase terminal, qual dignidade deveria ser levada em consideração: a do médico - que entende que deve lutar até as últimas conseqüências contra um elemento natural e inevitável: a morte (vista por ele como falha da Medicina e, por extensão, falha de seu próprio exercício profissional) ou a dignidade do paciente que, já tendo vivido o suficiente em anos, ou tendo seu organismo já sucumbido a alguma grave e irreversível moléstia, encontrará na morte a libertação de seu mal e/ou o merecido descanso das atribulações de uma vida que não costuma ser fácil.

3.1 Diferença entre eugenia e eutanásia

Eugenia, segundo os estudiosos do tema, é o meio pelo qual é possível melhorar física ou intelectualmente a qualidade das raças em gerações futuras. Portanto, o objetivo único da eugenia é o aperfeiçoamento constante da raça humana.

Como a eutanásia, a eugenia também era conhecida na Idade Antiga. Platão externava esta preocupação em seus discursos, além de aconselhar aos magistrados que procurassem promover enlances entre os melhores homens e as melhores mulheres para que gerassem espécies cada vez mais aperfeiçoadas.

Um questionamento sobre a eugenia, neste trabalho, tem

apenas o escopo de ser um traço diferenciador do tema principal, a eutanásia, uma vez que o elemento “piedade”, usado como justificativa para proporcionar a boa morte, inexistente na eugenia. Nesta, a meta é única e tão somente o aprimoramento racial.

3.2 Que tipo de bem é a vida?

Tanto a eutanásia quanto a eugenia colocam em jogo o bem maior que o ser humano tem: sua vida.

E o que é a vida, ou como ela é vista? Todos os ramos do conhecimento já deram sua contribuição no sentido de conceituá-la. Galeno dizia: viver é respirar. Mas os inúmeros conceitos de vida existentes são eles mesmos conflitivos, haja vista que não são pacíficos e nem sempre coincidentes.

Todavia, aqui caberia apenas um tipo de questionamento: é a vida um bem social ou um bem individual? Aqueles que concordam com esta última assertiva são, geralmente, partidários da eutanásia, por entenderem que o homem tem o direito de dispor de sua própria vida, sendo, pois, legal que ele possa pedir a outrem que a elimine em condições específicas.

Por outro lado, aqueles que asseveram ser a vida um bem social – e por isso mesmo indisponível – usam desse argumento para respaldar sua tese de que, mesmo em presença do consentimento do doente, não se justificaria o atendimento a um pedido de exterminar uma vida.

Também a eutanásia - mesmo se considerada como o direito de morrer sem dor -, não deve ser confundida, juridicamente, com o direito de morrer, o que se constitui em suicídio. Neste, o sujeito do direito não pode ser punido, uma vez que já deixou de existir, enquanto que na eutanásia, mesmo quando executada a pedido do paciente, o

seu autor deveria ser punido, em conformidade com as leis brasileiras vigentes. (Adequada ou não, esta é a realidade jurídica do momento presente).

É dito que o homem é o único animal capaz de desejar a própria morte. Sabe-se, também, que somente as pessoas sujeitas a estados super agudos de angústia, de dor e de sofrimento são capazes de pedir pelo gesto eutanásico. A questão que se põe, então, é saber se o mal do qual padecem é passageiro ou irreversível, pois pode ocorrer que aqueles mesmos pacientes que imploram pela morte, como única saída de seu tormento, podem vir a desistir da idéia, uma vez passada a fase aguda de seu mal.

Outra teoria levanta a hipótese de que o gesto eutanásico é também uma conduta libertária para aqueles que cuidam de um paciente terminal. Já que nada mais pode ser feito pelo ente familiar, postulam eles, então, pelo desligamento (ou não continuidade do tratamento - eutanásia passiva); liberta-se não só o doente de seu sofrimento mas, também, os familiares, da carga emocional negativa representada por um familiar em fase terminal irreversível.

Concluindo, pode-se dizer que a pretensão dos defensores sérios da eutanásia alicerça-se na tentativa de disciplinar, de maneira legal, conscienciosa e racional, uma prática humanitária, cujas origens se encontram na sabedoria intuitiva e instintiva dos primitivos seres da época tribal.

4. Investir no paciente terminal: até quando? Reflexões sobre a distanásia

Antes de discorrer sobre o tema em epígrafe, necessárias se fazem algumas reflexões sobre a ética e sobre a bioética. Levando-se em consideração a amplitude e a relevância de questões surgidas em

razão do avanço tecnológico e das ciências em geral - e no que diz respeito à vida - esta mesma tecnologia parece não ter sido suficiente para responder alguns questionamentos éticos e morais. Para suprir tal deficiência, alguns princípios éticos informadores da bioética foram criados, a saber: o *Princípio da Autonomia*, o *Princípio da Beneficência* e o *Princípio da Justiça*.

O primeiro princípio, da *Autonomia*, é também conhecido como o do respeito às pessoas, estando intimamente ligado ao conceito da dignidade humana. Defende a postura de que o indivíduo deve ser reconhecidamente autônomo em suas decisões, ou seja, é o mesmo que dizer que o sujeito – que é capaz – tem, também, o direito de deliberar sobre seus objetivos pessoais.

No que diz respeito à área médica, uma das conseqüências desse princípio indica que o médico deve respeitar as crenças e os valores morais daquele que está sob seus cuidados, desde que este tenha pleno conhecimento da situação e saiba escolher, livre de qualquer influência, aquilo que realmente quer, e que tal escolha não venha trazer prejuízo próprio ou para terceiros. E a vontade só é autônoma, segundo Kant, quando dá a si mesma sua própria lei. (*Apud MORENTE, 1930, p.257*)

Do acima exposto, é possível concluir que o *Princípio da Autonomia* incorpora, entre outras, duas convicções éticas: uma que se refere ao tratamento dos indivíduos, enquanto agentes autônomos e, a outra, que diz respeito a pessoas com a autonomia diminuída e que devem, por isso, receber uma proteção maior.

Entendendo a autonomia como a capacidade de gerir a própria vida, é possível deduzir que situações existem que maculam – total ou parcialmente – o poder de ser governado por si próprio. Esses fatores podem advir do próprio ser ou de circunstâncias externas. Como

exemplo, existem os casos do menor, do incapaz, do presidiário, do doente mental, dentre outros.

Assim, a essência do conceito de autonomia está intimamente ligada aos conceitos de *liberdade* e de *volição*. Liberdade, no sentido de isenção de influência externa na tomada de uma decisão, e volição no sentido da capacidade de agir intencionalmente.

O segundo princípio – da *Beneficência* – diz respeito a maximizar o bem e minimizar o mal. Já em 430 a.C., Hipócrates, em sua obra *Epidemia*, aconselhava à classe médica que praticasse duas coisas ao trabalhar com as doenças: auxiliar ou, então, não prejudicar o paciente.

Por seu lado, o próprio juramento hipocrático consagra, implicitamente, este princípio, quando prevê que “usarei o poder para ajudar os doentes com o melhor de minha habilidade e julgamento; abster-me-ei de causar danos ou de enganar a qualquer homem com ele”. Ou seja, aquela norma deontológica direciona a ação médica, no sentido de maximizar o bem e minimizar o mal, buscando, de tal maneira, agir sempre em benefício do paciente. É, também, uma obrigação moral e genérica de conduta social, que prevê um comportamento tal que, não só nos beneficie, como não seja prejudicial aos que conosco convivem.

E, por último, o *Princípio da Justiça* estaria relacionado com o conceito de isonomia usado pelos juristas, ou seja, seria a justiça distributiva do bem e do mal. Tais considerações se mostram importantes, pois, às vezes, o médico se depara com situações de dificuldade para as quais nem sempre a solução é tão simples quanto gostaria que fosse (falta de leito; impossibilidade de dispor da medicação mais adequada; paciente terminal que quer morrer; paciente terminal que não quer morrer etc.). Assim, em caso de dois pacientes

semelhantes, que tipo de tratamento dar a um e a outro? Quais critérios usar no emprego dos meios disponíveis?

Estudiosos do assunto fizeram as seguintes propostas: por uma questão de justiça, deve-se considerar nas pessoas suas virtudes e seus méritos. Conduta justa seria tratar os seres humanos como iguais, no sentido de distribuir igualmente, entre eles, o bem e o mal, exceto, talvez, nos casos de punição. (Cf. *The Belmont Report*, 1978)

O Relatório Belmonte, sobre ética médica, adicionou algumas outras propostas, visando à distribuição igualitária da justiça, quais sejam: a cada pessoa uma parte igual; a cada pessoa de acordo com sua necessidade; a cada pessoa de acordo com seu esforço individual; a cada pessoa de acordo com sua contribuição à sociedade; a cada pessoa de acordo com seu mérito.

Complementando o tema, cita-se a Declaração de Veneza sobre doença terminal, na qual é estipulado que o dever do médico consiste em *tratar* e, quando possível, *aliviar* o sofrimento e atuar na proteção do melhor interesse do paciente, não devendo haver exceções a esse princípio, mesmo nos casos de doenças incuráveis ou de malformações.

Pode-se inferir daí, que tal Declaração concede ao médico a possibilidade de aliviar o sofrimento de um paciente terminal pela não-utilização de determinado tratamento (eutanásia passiva), tendo o consentimento prévio do paciente (se possível) ou da família. O médico deve, ainda, abster-se de fazer uso de medidas extraordinárias que não tragam benefício algum ao paciente.

Vistos os princípios anteriormente citados, analise-se sua aplicação prática frente a um caso hipotético: um médico, pressionado pela falta de leitos em um determinado hospital, favorece o desenlace de paciente terminal (por administração de altas doses de morfina), em caso irreversível, mesmo sendo esse desenlace acelerado apenas

pelo espaço, talvez, de poucas horas, mas não tendo sido tal ato expressamente pedido por seu paciente e/ou familiares. Ao assim proceder, mesmo tratando-se de paciente terminal, mas não ficando demonstrada a intenção de morrer, restaram ausentes dois fatores determinantes para a eutanásia: a *vontade* do paciente e a *piedade* de quem praticou o ato eutanásico.

Apenas a título de argumentação e à luz dos princípios da bioética atrás citados, analise-se a conduta do profissional antes relatada: ao aumentar a dose de morfina, teria violado o *princípio da autonomia*, que trata do respeito à pessoa e à sua vontade. Ao apressar a morte não visou ele a maximizar os benefícios e a minimizar os danos o mais possível, uma vez que para aquele paciente – que não pediu a morte – o benefício maior era esperar por ela sem dor, ou com um mínimo de dor. Portanto, ao apressar sua morte, o médico teria ignorado o *Princípio da Beneficência*.

Ao abreviar o momento do desenlace, olvidou-se do *Princípio da Justiça*, pois entre dois pacientes, distribuiu o bem apenas para um, conseguindo-lhe um leito em hospital lotado. Todavia, ignorou que a vontade do outro paciente pudesse ser o aguardar a hora de sua morte, de maneira natural, apenas com a intensidade de sua dor diminuída. Destarte, não houve uma distribuição justa e, portanto, eqüitativa.

4.1 A distanásia: o morrer em paz e a tecnologia

Mesmo sendo o objetivo primeiro da Medicina, a preservação e a restauração da saúde, a morte deveria ser vista, entendida e esperada como o ponto final e inexorável da curva biológica. Todavia, o pensamento ocidental, ao contrário do oriental, parece ainda não ter conseguido elaborar totalmente a aceitação passiva do elemento morte.

É de se questionar, então, se quando um paciente passa a apresentar os sintomas genéricos de uma doença terminal ou de que sua curva biológica está a se aproximar do final, não seria mais lógico e racional que o médico se dedicasse a cuidar de sua morte (uma boa morte), ao invés de tentar preservar a vida a qualquer custo e, muitas vezes, com aumento de sofrimento para o paciente e/ou para seus familiares?

Não são as UTI os espaços onde se prolonga a vida sob uma parafernália tecnológica e onde os pacientes, nos seus últimos momentos, ficam isolados de seus entes queridos? Se o paciente está inconsciente, com certeza seus familiares não estão e, talvez, quisessem partilhar da companhia daquele ser nos derradeiros instantes de sua existência. Mas não! Esse benefício humano hoje tornou-se obsoleto. A Medicina tecnológica dos dias atuais é mais a *máquina* e menos o *ser* e, no esforço de promover um culto de idolatria à vida, acaba por transformar a fase terminal em uma luta insana, injusta (e sempre perdida) contra a morte.

Ato contínuo, e exalado o último suspiro, não mais o *paciente*, mas um *corpo* é devolvido à família, que nada mais tem a fazer a não ser prantear seu ente e, depois, enterrá-lo. E o questionamento que fica vai ser sempre o mesmo: como teriam sido os últimos minutos de vida daquele ser? Não teria aquele paciente desejado e preferido ter uma morte diferente, mais humana, mais natural, rodeado do carinho e do calor humano de seus entes queridos?

O que sobrou de “humano” e de “natural” em um tipo de morte como essa? Qual é o real limite entre a vida e a morte? Até onde vai o direito do ser humano de interferir em um momento tão solene quanto o do término da vida de um outro ser?

Refletindo sobre esse tema tão abrangentemente polêmico,

SILVA assim se expressou:

“É verdade que os avanços tecnológicos na área da medicina tornam impreciso o limite das possibilidades terapêuticas. Criam-se possibilidades terapêuticas de retardar indefinidamente o momento em que se pode reconhecer o limite da ciência e da tecnologia na manutenção da vida. Assim sendo, o problema não é somente de diagnóstico e de prognóstico. O problema é muito mais amplo e envolve a própria definição de vida, para que se possa determinar o momento de seu término ou, então, a característica irreversível do processo de finalização da vida”.
(In: 1993, 1:139-43)

Sem dúvida, o questionamento sobre tal assunto envolve não só a própria definição de vida, mas o que pensamos dela e o que queremos ou podemos esperar dela nos seus momentos finais. Além, é claro, da importante *determinação do limite do poder de escolha do médico e do paciente*. Portanto, há que refletir se, muitas das vezes, não estaria a disponibilidade de uma Medicina tecnológica, a acrescentar um sofrimento inútil, com o uso de uma terapia já inútil, em nome de prolongar uma vida que, por vias naturais, já ter-se-ia esgotado, e que talvez fosse esta a vontade do paciente. Morrer em paz ou investir em tecnologia? Até que ponto isso é válido?

5. A aceitação da morte (pela medicina, pelos médicos, pelos pacientes)

Diz-se que o ser humano começa a morrer no dia em que nasce. Se a morte é a única certeza que se tem na vida, é de se perguntar se não seria mais lúcido transferir a preocupação para questionamentos,

tais “quando” e “como” será a morte?

Dentro dessa linha de raciocínio, e, em se tratando de um doente terminal, não deveria o foco de atendimento ser direcionado para sua morte e não para sua vida? Ou seja, direcionar a atenção no sentido de melhorar a sua morte, ao invés de prolongar aquilo que já está a se extinguir: a sua vida.

5.1. Qualidade de vida. Como entendê-la?

Ao ser propiciado ao doente terminal um prolongamento do tempo de sua sobrevida, a Medicina tecnológica colhe os louros de suas conquistas e ao médico, enquanto ser humano, é lhe dado, ainda que temporariamente, o ilusório poder de um domínio, ainda que fugaz, sobre aquilo que o homem, especialmente o ocidental, nunca aceitou de forma nem passiva, nem pacífica: a morte.

A luta terapêutica desencadeada no sentido de preservar a vida, quantitativamente, parece sobrepor-se àquilo que seria o mais importante: a *qualidade* de vida. Ao tentar prolongá-la artificialmente – parece haver um privilegiamento ao “organismo” humano, em detrimento do “ser” humano.

Parece ser oportuno, então, aduzir que a possibilidade de emprego de uma Medicina holística não poderia ser olvidada em momento algum da existência do ser, uma vez que, conforme mencionado no início deste trabalho, a teoria holística entende o homem como um todo indivisível em seus componentes físico, psicológico e espiritual, o que pode levar a opor valores tais quais subestimar a *doença da pessoa* e a supervalorizar a *pessoa do doente*.

Assim, o bom senso indica que uma presunção em favor da vida deve ser temperada. *Quantidade* de vida ou *qualidade* de vida? Até que ponto a *sacralidade da vida* deve ser sacrificada pela *qualidade*

de vida?

Informa PESSINI que, hodiernamente, o princípio da sacralidade é visto como sendo o equilíbrio entre dois extremos:

“de um lado está o *vitalismo físico*, que defende o valor absoluto de manter a vida biológica, independentemente de outros valores, tais como a independência, a autonomia, a perda de dignidade, prevenção de dor ou economia de recursos”.

Segundo o autor, o vitalismo físico abriria caminho para tratamentos abusivos. E conclui ele:

“De outro lado está o *utilitarismo pessimista*, que valoriza a vida a partir de seu uso social e defende seu término quando ela se torna frustrante, ou um peso. Este extremo pode levar ao abuso de não utilizar tratamentos, especialmente em situações de deficiências”. (*op. cit.* p. 36)

O princípio da sacralidade afirma que a vida física é um bem básico, fundamental, mas que, mesmo não sendo absoluto, deve ser preservado a todo custo. Ora, se a morte física não é um mal absoluto e nem a vida física é um valor absoluto, então tais realidades há que serem pensadas (e repensadas), em especial, no contexto dos momentos finais de uma vida.

Se a dor e o sofrimento são sentidos pelo paciente, então, uma diferenciação se faz extremamente importante – e é em razão dela – que deve caber ao paciente, e não ao médico, a decisão final com base no importante questionamento: prolongamento da vida ou prolongamento da agonia? Ou então, até que ponto os valores éticos,

morais, religiosos e sociais deverão influenciar e interferir na manutenção da “vida” de um doente terminal com quadro irreversível? E será que se pode denominar essa situação/condição de “vida”?

O pensamento budista entende que a personalidade do ser humano é consequência da interação de cinco atividades diferentes: a atividade corporal, as sensações, as percepções, a consciência e a vontade. De todas elas, a vontade seria a mais importante, porque representa a capacidade de poder escolher e de orientar a consciência. Assim, dentro da filosofia budista, a perda de uma vontade consciente equivaleria à morte, já que aquela é resultante da perda da capacidade de viver do encéfalo, e ocorre quando o último traço de atividade elétrica o abandona.

Transportando tal filosofia para o tema deste trabalho, é importante ouvir a vontade do paciente terminal e se isto não for possível, talvez o médico possa “senti-la”, através daquela sensibilidade que é conferida aos que têm a sagrada missão de pensar o sofrimento alheio. E, aqui, o vocábulo “pensar” pode e deve ser entendido nas suas duas possibilidades de sentido e interpretação: a de cuidado (curar) e a de reflexão (pensar).

Não sendo possível colher a vontade do paciente por nenhuma dessas vias, sobra ainda uma outra alternativa de ser sua vontade respeitada: há que ser ouvida a família, pois sem dúvida aquele ser que ali esgota seus últimos lampejos de existência deve ter, em algum momento, externado sua postura e seu desejo em relação à morte e ao morrer.

Se todas as nossas tendências científico-morais-filosóficas e religiosas indicam no sentido de ser obrigatório o *prolongamento da vida* de um paciente, há que repensar um valor maior, ou seja, que o *prolongamento de uma agonia* jamais poderá ser obrigatório. Por tal

razão é de extrema importância a distinção entre elementos tais quais a dor e o sofrimento.

6. A dor e o sofrimento: uma diferenciação importante

Viver a terminalidade da própria vida torna-se um desafio mais ou menos difícil, de acordo com os valores existenciais da pessoa, de sua cultura, de sua fé e do sentido que ela põe (ou pôs) na vida.

A cura de uma patologia ou o alívio do sofrimento causado pela dor tem sido a meta da Medicina e daqueles que a exercem. A doença, no seu progredir, destrói a integridade do corpo, enquanto o sofrimento parece atingir o âmago do ser, a sua alma ou aquilo que alguns chamam de integridade global da pessoa. Portanto, há que se diferenciar *dor* de *sofrimento*.

A Medicina e o seu avanço técnico-científico têm proporcionado uma condição de conforto, e até de vitória, no que diz respeito ao combate da *dor*. Todavia, o *sofrimento* parece continuar sendo um inimigo imbatível, uma categoria mais complexa do que a da própria dor e que, necessariamente, não precisa envolver a presença daquela.

A dor, para ser compreendida, tem que ser vista sob dois enfoques: a percepção da dor e a resposta emocional do paciente a ela. Há, ainda, a salientar, que uma dor pode ser experienciada como aguda, sendo, portanto, passageira ou crônica, mostrando-se, então, de maneira persistente. Aquela se apresenta de início bem definido, com sinais físicos objetivos e subjetivos, acompanhados de uma atividade exacerbada do sistema nervoso. A dor crônica, por seu lado, apresenta-se de forma contínua (além de um período de seis meses, segundo alguns autores), período este em que o sistema nervoso acaba se adaptando a ela.

Em 1979, a Associação Internacional de Estudo da Dor definiu

esta como sendo uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada com dano potencial ou real de tecidos, descrita em termos de tais mudanças.

Já dentro de uma visão holística, Dame Cicely SAUNDERS, a fundadora do *hospice* - modalidade moderna de atendimento a doentes terminais, assunto que será tratado logo adiante -, criou a expressão *dor total*, o que engloba não só a dor física, mas, também, a dor mental, a social e a espiritual. E, por certo, cabe razão a quem afirma que “deixar de considerar esta apreciação mais abrangente da dor é uma das principais razões de os pacientes não receberem adequado alívio de sintomas dolorosos”. (*Idem*, p. 37)

A diferenciação entre dor e sofrimento torna-se bastante importante, em especial no que diz respeito às moléstias crônicas que são acompanhadas, também, de dor crônica. Isto porque, nesses pacientes, há uma carência de sinais objetivos, mesmo quando acompanhados de mudanças visíveis em sua personalidade, em seu estilo de vida e/ou em sua habilidade funcional, o que demanda uma abordagem mais ampla, não só de suas causas, mas em relação ao necessário tratamento de suas conseqüências psicológicas e sociais. (Cf. PESSINI, 1990)

Por tais razões, e não sendo a dor devidamente tratada em sua abordagem mais ampla, vai existir um momento em que a doença crônica, pela sensação de impotência que gera, se tornará mais intolerável que a própria dor. Daí pode-se inferir a importância do exercício de uma Medicina holística.

CALLAHAM definiu o *sofrimento* como sendo uma experiência de impotência com o prospecto de dor não aliviada, uma situação de doença que leva a interpretar a *vida como sendo vazia de sentido*, o que leva a concluir que o *sofrimento* é uma sensação mais complexa e

mais ampla que a *dor*, ainda que esta esteja englobada naquele, apresentando-se como sinônimo de diminuição na qualidade de vida. Esta conclusão é básica para a temática aqui tratada.

A tendência de uma Medicina científico-biológica mecanicista tem sido a de concentrar os esforços terapêuticos, basicamente, nos sintomas físicos, como se neles residisse a essência, a causa única ou a origem de toda a angústia do paciente, levando a um ataque muitas vezes agressivo contra a dor, também física, como se estando ela minorada, conseqüentemente estariam protegidos os outros elementos componentes do ser.

E a conclusão mais importante a chegar é que, frente à filosofia de uma Medicina holística, a distinção entre dor e sofrimento pode fazer toda a diferença, uma vez que, se dispomos modernamente de potentíssimos medicamentos contra a *dor física*, dispomos muito pouco de sabedoria para administrar o sofrimento humano, ou seja, a *dor da alma*. E, nesta conclusão, talvez resida a explicação do porquê de se insistir tanto na continuação de cuidados médicos inúteis, na fase final de um paciente crônico e/ou terminal. É necessária, então, um tipo de conscientização da qual se possa extrair a conclusão de que, se este tipo de tratamento diminui a dor do paciente terminal, pode, por outro lado, aumentar ainda mais e desnecessariamente, seu sofrimento.

Se o objetivo primordial da Medicina é tratar e debelar uma doença, no doente terminal este esforço deveria ser dirigido para aliviar a dor e o sofrimento causados pela doença, pois “embora a dor física seja a fonte mais comum de sofrimento, a dor no processo do morrer vai além do físico, tendo conotações culturais, subjetivas, sociais, psíquicas e éticas”. (Cf. PESSINI, 1996, p. 38) Ou seja, novamente há que se falar em uma Medicina holística, pois só por intermédio dela, aqueles que estão morrendo receberiam um tratamento digno, o que

inclui tratar a dor e o sofrimento em todos os seus componentes: físico, psíquico, social e espiritual.

7. A visão humanitária do morrer: os *hospices*

O movimento que gerou as entidades de atendimento, a que se denomina *hospice*, surgiu nos EUA, em 1974, em New Haven, CT, abrangendo, hoje, em torno de dois mil programas. Todavia, em sua versão mais moderna, tal movimento teve seu início, precisamente, em 1967, quando a Dra. Cicelly Saunders fundou o *St. Christopher's Hospice*, em Londres.

A filosofia de trabalho de um *hospice* é baseada em *cuidados paliativos* para aquele que vai morrer. Ainda que se posicione a favor da vida, o *hospice* encara o morrer como um processo normal. Assim, dentro dessa linha de pensamento, resta claro que bem mais importante do que curar uma enfermidade - ou prolongar a vida -, é controlar a dor e os sintomas gerais, com o objetivo primordial de melhorar a qualidade de vida ou o que resta dela.

Dentro dessa filosofia de conduta, o objetivo de um *hospice* permite aos pacientes e às suas famílias, viver e conviver da maneira mais plena e confortável possível e, também, com a maior normalidade possível, ainda que em uma situação ou em circunstâncias de total anormalidade. Tal conduta minimiza, em muito, o estresse causado pela doença e pela proximidade da morte e da perda.

Numa visão holística, um *hospice* utiliza em seus cuidados uma abordagem multidisciplinar, enfocando, acertadamente, as necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais, não só do paciente, mas de seus familiares. Em função disso, a equipe de saúde de um *hospice* é formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, voluntários treinados e conselheiros espirituais, que trabalham em

coordenação, sendo que seus cuidados envolvem tanto o paciente terminal quanto seus familiares.

Um detalhe importante é que é favorecido ao paciente, segundo KOVÁCS (1994, 263-75), a autonomia e a participação em seu próprio tratamento e, havendo possibilidade e sendo do interesse do paciente e de sua família, também o tratamento pode ser realizado em domicílio.

É estimulada a busca de algum tipo de atividade importante para o paciente, tornando seus últimos momentos de vida mais significativos, bem como lhe proporcionando a dignificação do processo de morrer.

Após a morte do paciente, a família enlutada ainda disporá de aconselhamento e acompanhamento, se assim o quiser. Mas, com certeza, e acima de tudo, essa família partilhará do sentimento de que seu ente querido morreu em paz e que teve uma morte digna. Solidária e não solitária.

8. Conclusões

1. O momento da morte tem sido tratado de diferentes maneiras, de acordo com o andar da História. Se antes ela era esperada no aconchego de um lar, hoje ela tem a possibilidade de ocorrer com o paciente isolado, nas dependências frias de uma UTI. Na luta desesperada da Medicina e dos médicos para salvar a vida, a morte é vista como uma falha e, como tal, é mal aceita, seja por uma questão de filosofia (ocidental), seja por falta de preparo para aceitar com naturalidade o nosso inexorável fim.

2. A eutanásia, antes tida só na sua concepção etimológica de morte boa ou morte digna, passou também a abranger os conceitos de suicídio assistido e homicídio piedoso. Conquanto a História informe que a eutanásia foi praticada durante todo o tempo, todavia há que se

concluir que conceitos como *enfermidade incurável* e *paciente terminal*, além de imprecisos, podem se mostrar, às vezes, inadequados. A morte, porém, é irreversível. Entretanto, o prolongamento da manutenção de uma vida apenas vegetativa, também há que ser questionado.

3. O médico, preparado técnica e psicologicamente para salvar a vida, não está concretamente preparado para a morte, que se torna indigna para ele. Paralelamente, uma morte artificial, após um prolongamento de vida artificial, pode não corresponder ao que o paciente previu ou ao que gostaria que ocorresse no momento de seu desenlace. Tendo a prática da eutanásia acompanhado o homem desde os seus primórdios, é de se entender que seus atuais defensores tentem discipliná-la legalmente, por senti-la um procedimento humanitário, oriundo da sabedoria instintiva e intuitiva de nossos ancestrais.

4. A tecnologia e a ciência médicas, conduzidas no sentido da manutenção da vida, podem favorecer o acréscimo de um sofrimento inútil, através de uma terapia já inútil para prolongar uma vida que, por vias naturais, já teria se esgotado. Prolongamento este que pode não condizer com o desejo do paciente. Portanto, o limite da escolha do médico é dado pelo respeito à vontade de seu paciente e/ou familiares.

5. A luta terapêutica para preservar quantitativamente a vida tem privilegiado o *organismo humano* em detrimento do *ser humano*. Sendo o homem um todo indivisível (de acordo com a filosofia holística) não se pode subestimar a *pessoa do doente* em função da *doença da pessoa*. Se a morte física não é um mal absoluto e nem a vida é um valor absoluto, então o questionamento que se impõe é sobre estar se prolongando uma vida ou prolongando uma agonia. Por isso, tal decisão deve caber àquele que detém este direito: o titular do sofrimento, o próprio paciente.

6. O sofrimento traz uma sensação de impotência para o

indivíduo e de vacuidade para a vida, mostrando-se, por vezes, mais amplo e mais complexo que a própria dor. Dispõe-se hoje de potentíssimos medicamentos para a *dor física* e pouquíssimas estratégias contra o *sofrimento da alma*. Insistir na continuação de cuidados inúteis na fase terminal pode levar à diminuição da dor do paciente, mas pode aumentar, também, desnecessariamente, seu sofrimento.

7. O atendimento paliativo aos doentes terminais propiciado pelos *hospices*, inclui encarar a chegada da morte como um processo natural, durante o qual é permitida a convivência, a mais ampla possível, entre o paciente e seus familiares. Mais importante que curar a enfermidade ou prolongar a vida é o controle da dor e dos sintomas gerais, com o objetivo de melhorar a *qualidade* do que ainda resta de vida. Esta seria a verdadeira “boa morte”, ou o morrer com dignidade.

Referências bibliográficas

CALLAHAN D. *The troubled dream of life: living with mortality*. New York: Simon e Schuster, 1993.

HORTA M. P. Paciente crônico, paciente terminal, eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer. In: ASSAD J. E. (Coord.). *Desafios éticos*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1992.

KOVÁCS, Maria Julia. Morrer com dignidade. In CARVALHO M. M. J. (Org.) *Introdução à psicooncologia*. São Paulo: Editorial Psy, 1994.

MORENTE, Manuel Garcia. *Fundamentos de filosofia: lições preliminares*. 8. ed. Tradução de Guillermo de la Cruz Coronado. São Paulo: Mestre Jou, 1930.

PESSINI, Léo. Distanásia: até quando investir sem agredir? In: *Bioética* (4) : 31-43, n. 1, 1996.

_____. *Eutanásia e América Latina*. Aparecida (SP): Ed. Santuário,

1990.

Revista *ARQUIVOS DO CRM/PR*, n. 21, 1989.

SILVA F. L. Direitos e deveres do paciente terminal. *In: Bioética*, 1993.

THE BELMONT REPORT: ethical guideline for the protection of human subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1978.

TITTON, João Alceu. A conduta médica: a ética e a lei. *In: Revista ARQUIVOS DO CRM/PR*, v. 7, n. 27. (Trabalho apresentado no I Curso de Atualização em Medicina Legal. set. 1990. Curitiba/PR)