

MUDANÇA DE PERSPECTIVA: DA CORRIDA PELA VIDA EM PACIENTES IDOSOS TERMINAIS, PARA A ESCOLHA DIGNA E AUTÔNOMA PELA MORTE HUMANIZADA

Matheus Soares Covas ¹

Jéssica de Santana Oliveira ²

Natália Machado Oliveira ³

Fábio Cristiano Nogueira Silva⁴

RESUMO

O tema do presente trabalho foi escolhido considerando a autonomia de vontade das partes em optar pela escolha digna e autônoma pela morte humanizada. Sendo utilizado como base norteadora do estudo os cuidados paliativos e a sua crescente evolução perante a sociedade, discutindo e avaliando os danos e benefícios, com observância na razoabilidade, e estabelecendo proporcionalidade entre eles, para que essa inviolabilidade a vida não seja levada ao extremo, de modo a causar sofrimento, como tortura lenta, cruel e inútil, com justificativa na proteção constitucional dada a vida. O artigo corrente fora escrito em observância das principais hipóteses sustentadas pelos doutrinadores, além de ter analisado argumentos de juristas responsáveis por casos existentes no ordenamento brasileiro. Desta forma, é notório a divergência abrangida e discutida em relação ao tema, no que tange a autonomia da vontade do enfermo idoso e a proteção a vida dada pela constituição federal, contudo a possibilidade do idoso em exercer sua autonomia prevendo a humanização da sua morte através da aceitação dos cuidados paliativos, está diretamente relacionada com o pleno exercício da sua dignidade humana, não podendo dissociá-la pois não ter autonomia é o mesmo que não ter dignidade.

Palavras-chave: Autonomia. Cuidados Paliativos. Morte Humanizada. Dignidade Humana

¹ Pós-graduando do Curso de Direito Médico e Bioética – **Universidade Salvador – Unifacs** – Salvador/BA – matheuscovas@live.com

² Pós-graduanda do Curso de Direito Médico e Bioética – **Universidade Salvador – Unifacs** – Salvador/BA – adv.jessicaoliveira@outlook.com

³ Pós-graduanda do Curso de Direito Médico e Bioética – **Universidade Salvador – Unifacs** – Salvador/BA – nataliamachado.nati@gmail.com

⁴ Pós-graduando do Curso de Direito Médico e Bioética – **Universidade Salvador – Unifacs** – Salvador/BA – fabionogueira.adv@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como tema a “Mudança de Perspectiva: da corrida pela vida em pacientes idosos terminais, para a escolha digna e autônoma pela morte humanizada”. A pesquisa elaborada tem a intenção de analisar qual a importância e o papel da bioética a respeito da autonomia da vontade do idoso e a promoção de cuidados paliativos. Desta forma, o problema que ambienta a presente pesquisa é a indagação sobre: Estariam os idosos, com doenças terminais, livres para exercer a escolha respaldada apenas no desejo de aliviar os sintomas ao invés de lutar pela sua vida? De que modo é garantida esta autonomia a estes pacientes?

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, os Cuidados Paliativos são os cuidados assistenciais oferecidos para toda pessoa (paciente) que tenha uma doença fora de possibilidades de cura (que ameace a vida) visando melhor qualidade de vida através da prevenção e alívio do sofrimento imposto pela doença. Para isso é fundamental que o paciente tenha acesso a uma equipe multidisciplinar. Essa equipe, que pode ser composta por médico, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, educador físico e assistente espiritual, tem como desafio, avaliar e tratar da dor e de outros sintomas como os físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Esses cuidados são oferecidos para o paciente e sua família no momento em que o médico assistente identifica que não existem mais possibilidades da doença ser curada. Todos os envolvidos nesse processo de adoecimento e terminalidade devem ser acolhidos e contemplados pelos Cuidados Paliativos.

A prática ainda é pouco discutida, sendo até negligenciada, em vários países. No caso do Brasil, a primeira unidade criada sob o foco de proporcionar esse cuidado assistencial à pacientes terminais, se deu em 1983 localizada no Rio Grande do Sul. De forma que, só em 2002, o Ministério da Saúde, a partir da Portaria nº19, deu início à formalidade legislativa à esse tipo de assistência, instituindo o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos dentro do SUS – Sistema Único de Saúde.

É necessária determinação política e social, com a finalidade de criar políticas públicas e introduzir práticas voltadas para oferecer bem-estar e qualidade de vida a esses pacientes, bem como para lhes proporcionar assistência integral e digna, tanto quanto possível e até o fim da vida. Cuidar desses pacientes envolve atos de

responsabilidade, solidariedade e dedicação, além de competências e habilidades concernentes ao relacionamento interpessoal. É importante que, em sua atuação, a equipe de saúde reconheça o indivíduo a quem prestará assistência - quais são suas necessidades e limitações, possibilitando, assim, adotar conduta humanística e sensível para com ele.

Além disso, observa-se na realidade brasileira um aumento da expectativa de vida e longevidade, o que, por consequência, leva a uma ampliação da população mais idosa, implicando na necessidade, cada vez mais crescente, de cuidados paliativos a pacientes idosos. Ocorre que, a escolha dessa população mais vulnerável à assistência paliativa, encontra óbice na perspectiva do exercício da autonomia da vontade. Vez que a vida tem sido posta como aquele direito fundamental o qual deve ser sempre mantido e inviolável, como depreende-se da própria Constituição Federal da República do Brasil de 1988. E, associado a esta visão, nota-se que, historicamente, os profissionais da área de saúde são formados profissionalmente sob o foco da perspectiva de cura, objetivando prioritariamente, a manutenção da vida, em detrimento da aceitação da morte.

Sendo, portanto, sobre esse diálogo, entre o exercício digno e autônomo de uma vontade *versus* a escolha de pacientes idosos terminais por uma morte humanizada, através dos cuidados paliativos, que este artigo se debruça.

2 DESENVOLVIMENTO

O estudo científico proposto assume uma característica pertinente dada a necessidade de verificação a partir da análise da potencial escolha digna e autônoma a ser exercida por pacientes terminais, do desmembramento do conceito, relevância e objetivos dos cuidados paliativos e por fim, da potencial possibilidade dos idosos se virem resguardados em exercer com dignidade e autonomia a decisão pela morte humanizada. Pontos estes discorridos a seguir.

2.1 TERMINALIDADE, DIGNIDADE E AUTONOMIA

A Constituição Federal Brasileira não conceituou, nem qualificou a vida, embora tenha declarando-a como inviolável. Assim, a dificuldade passou a ser a definição do limite dessa inviolabilidade.

Devido a subjetividade e relatividade que permeia na condição de ter uma existência digna, não há como atender todas as pessoas. Existem situações dignas para uns e que para outros não são. Por isso, são estabelecidos parâmetros básicos para atender a dignidade de uma maneira geral, que seriam situações presumidamente dignas para cada um.

Nos casos que fogem à regra, serão observados cada caso isolado, para atender os interesses individuais dos indivíduos dentro do seu caso concreto, respeitando os limites impostos para tanto. Uma vez que, no Brasil, a única modalidade de terminalidade da vida permitida é a ortotanásia. Desse modo, independente da condição que cada pessoa atribua a vida e dignidade, elas não poderão atentar contra suas próprias vidas.

É importante pensar que apesar da vida ser de cada um, dispor dela, não é questão individual, pois, permitir que as pessoas possam optar por morrer, coloca a coletividade em risco. Legalizar essas práticas abririam as portas para muitos excessos e abusos por parte dos pacientes, dos profissionais envolvidos e dos familiares.⁵

O parágrafo segundo do artigo 2º da resolução CFM 1.995/12 estabelece que ao médico caberá registrar as diretivas antecipativas de vontade que o paciente lhe informou diretamente. Ou seja, o CFM regulamentou que o papel do médico, em relação a esse assunto, é registrar no prontuário os desejos do paciente.⁶ Nesse seguimento, cabe mencionar a passagem de Marina Sá⁷:

Em verdade, a justificativa para o aparecimento das diretivas antecipativas de vontade era a limitação de intervenção médica não curativa a determinadas situações terminais ou de inconsciência irreversível, sobrando, posteriormente uma significativa ampliação na sua utilização.

No Brasil, não é com relação a todos os mecanismos que caberá ao paciente decidir pelo uso ou não. Essa limitação é de suma importância, visto que o cenário do sistema de saúde brasileiro é precário. Não tem condições de dar o suporte necessário para proteger as pessoas, de modo a impedir que tenham suas vidas aceleradas ou induzidas a isso.

⁵MALUF, Adriana C. R. F. **Curso de Bioética e Biodireito**. Atlas. São Paulo. 2010. p. 311.

⁶DADALTO, Luciana. **Reflexos jurídicos da resolução CFM 1996/12**. Ver. Bioética, 2013; 21(1): 106-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a12v21n1>. Acesso em 20 fev. 2017. p. 110.

⁷SÁ, Maria de Fátima Freire. **Manual de Biodireito**. 2ª ed. Belo Horizonte, 2011. p. 333.

2.1.1 Da dignidade em sede terminal

Maria Helena Diniz traz uma passagem reflexiva, no que tange os perigos nas questões relacionadas a autonomia de vontade a importância do esclarecimento médico, com enfoques importantes quanto ao direito a morte digna e a dificuldade de encontrar uma justa solução jurídica que atenda a questões relacionadas a morrer com dignidade:

Teria o paciente direito a autonomia de vontade, ou seja, de optar sobre o tratamento a ser seguido ou sobre a remoção de aparelho de sustentação vital? Como determinar a futilidade de uma terapia, se o tratamento fútil hoje pode ser a cura no porvir? Como humanistas que somos, temos dado especial significado a vida e a dignidade humana e sabemos quão difícil é avaliar temas polêmicos como os apotamentos, com expectativa de propor decisões do tipo sim ou não.⁸

A Constituição Federal brasileira, em seu art. 1º, III, aponta a dignidade da pessoa humana como princípio fundamental. Em decorrência desse inciso, há quem entenda que todas as disposições normativas derivadas só poderão ser interpretadas e aplicadas em conformação com esse princípio. Esse entendimento é utilizado em favor de indivíduos no final da vida, sem as condições necessárias para exercer seus direitos, no que toca o tratamento que será conferido a esse paciente terminal, com a justificativa de preservar esse fundamento básico, que é a dignidade da pessoa humana.⁹

Em contrapartida à dignidade, encontra-se o “direito à vida”, expressamente assegurado pelo art. 5ª da Constituição Federal. Nas discussões referentes à elaboração da referida constituição, foi sugerido colocar no texto constitucional a expressão “direito à existência digna”, em virtude da definição fluida e difícil do termo dignidade, optou-se por não inserir. Falar em dignidade por si só já abarca inúmeros conceitos, devido a relatividade e subjetividade que possui.

É difícil analisar se o mal maior é autorizar o desligamento de aparelhos que mantem o paciente terminal vivo ou se seria pior mantê-lo vivo, submetido a mecanismos que não lhe tragam melhora, apenas sofrimento.¹⁰ Nesse exemplo

⁸DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. 9ª ed. Saraiva, 2014. p. 482.

⁹VILLAS-BOAS, Maria E. **Da Eutanásia ao Prolongamento Artificial da Vida: Aspectos Polêmicos na Disciplina Jurídico-Penal do Final de Vida**. Rio de Janeiro: Forense. 2005. p. 137.

¹⁰Ibid. p. 139.

percebe-se a dificuldade em avaliar qual a situação mais maléfica e qual atenderia o princípio da dignidade humana. Percebe-se que não há um critério fixo e as crenças e valores de cada indivíduo que vão guiar a determinação do que é digno ou não.

A doutrina procura diferenciar o direito a vida salvaguardado na constituição, do direito sobre a vida. Este último implica no poder de dispor sobre a própria vida de maneira ilimitada. Há o direito de usufruir da vida, não o de dispor dela, sem ser impedido ou privado por terceiro. Dessa forma, quando a vida estiver em conflito com qualquer outro princípio constitucional, esta deverá prevalecer.

Deverão ser avaliados os danos e benefícios, com observância na razoabilidade, e estabelecendo proporcionalidade entre eles, para que essa inviolabilidade a vida não seja levada ao extremo, de modo a causar sofrimento, como tortura lenta, cruel e inútil, com justificativa na proteção constitucional dada a vida.¹¹

Em se tratando do território brasileiro, as situações que permitam relativizar a autodeterminação do paciente com relação a saúde, serão pautadas nos critérios da ortotanásia. Medida esta que confere a possibilidade da recusa livre, esclarecida e voluntária, com a informação devida e adequada, a tratamentos terapêuticos e a procedimentos diagnóstico, como previsto, na Lei Estadual nº 10.241/99 – SP, conhecida como Lei Mario Covas.

2.1.2 A ascensão da autonomia como corolário da dignidade

“A liberdade consiste em fazer tudo que não prejudique o próximo.” Art. 4º da Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão de 1779. A prática dos exercícios naturais dos indivíduos são limitadas apenas pela lei, o que configura a liberdade juridicamente tutelada. Essa proteção assegura aos homens a busca pela sua realização pessoal, desde que não prejudique os outros. Isso seria a autodeterminação com limite no direito do próximo.¹²

¹¹VILLAS-BOAS, Maria E. **Da Eutanásia ao Prolongamento Artificial da Vida: Aspectos Polêmicos na Disciplina Jurídico-Penal do Final de Vida**. Rio de Janeiro: Forense. 2005. p.141-142.

¹²MENEZES, Joyceane B., EDUARDO, Vitor R. **Conflitos Principiológicos em Torno da Prática da Eutanásia no Brasil: Em Defesa da Autodeterminação**. In: Anais do Congresso Nacional do CONPEDI. 2009. p.5443.

Ainda sobre a Constituição Federal, o seu art. 5º, III, dispõe que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer algo senão em virtude de lei”, desse modo, cabe observar que não há lei obrigando as pessoas a se submeterem a todo e qualquer tratamento contra sua vontade ou a fazerem usos de medicamentos inúteis. O Código Civil pátrio, estabelece que a recusa terapêutica é lícita, desde que demonstrada a sua ineficácia.¹³

Os pacientes com faculdades mentais normais, e nos casos dos incapazes, seus representantes, terão autonomia para decidir pela supressão de tratamentos inúteis, sendo assim, há a autonomia para resguardar a dignidade dos indivíduos, contudo, não é qualquer recusa de tratamento, tem que haver motivação.

Havendo motivação, pode haver a relativização da inviolabilidade a vida. No direito brasileiro, permitir que seja relativizada, não significa permitir a violação, seria tão somente permitir a ortotanásia, para suprimir tratamentos fúteis, que estejam infringindo a dignidade do paciente.

Dessa forma, o direito de uma pessoa receber tratamento digno, é o direito de que as os outros se conscientizem dos interesses de qualquer ser humano, face ao padrão moral inerente, para determinar como sua vida irá prosseguir.¹⁴

Beauchamp e Childress, autores dos princípios gerais (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça), que orientam moralmente as decisões no âmbito da biomedicina, defendem que para se concretizar o respeito pela autonomia, é necessário agir de modo a potencializar a autonomia, por isso é tão importante que os profissionais prestem as informações necessárias sobre diagnóstico e terapias possíveis e disponíveis para cada caso, de modo a permitir que os pacientes façam suas escolhas com conhecimento do seu quadro clínico. Cumpridas as exigências do consentimento informado, se concretiza o respeito pela autonomia.¹⁵

2.1.3 A autonomia em sede terminal: a conformação dos modelos de autonomia nas diretivas antecipadas de vontade

¹³VILLAS-BOAS, Maria E. **Da Eutanásia ao Prolongamento Artificial da Vida: Aspectos Polêmicos na Disciplina Jurídico-Penal do Final de Vida**. Rio de Janeiro: Forense. 2005. p. 144-146.

¹⁴SÁ, Maria F. F., MOUREIRA, Diogo L. **Autonomia para Morrer**. Minas Gerais: Ed. DelRey. 2012. p. 148.

¹⁵BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F.; **Princípios de ética biomédica**. São Paulo. Edições Loyola, 2002. p. 119-126.

A autodeterminação do paciente foi reconhecida pela primeira vez nos Estados Unidos em 1991 pela lei federal *Patient Self-Determination Act (PSDA)*.¹⁶ As diretivas antecipadas de vontade surgem como mecanismo apto a concretizar a vontade do paciente, permitindo-lhe o direito a morte digna, bem como ajuda na decisão do médico em casos conflitivos.¹⁷

No Brasil, a primeira regulamentação sobre a matéria foi em 31 de agosto de 2012, pela Resolução 1.995. O Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu a possibilidade de constar no mesmo documento o testamento vital e o mandato duradouro. Ocorre que, a CFM não possui competência legal para regulamentar detalhes fundamentais para a efetividade desse mecanismo, a exemplos: sujeitos que podem fazer diretivas antecipativas; tratamentos passíveis de recusa ou aceitação; obrigatoriedade de registro em cartório de notas e Registro Nacional, para garantir a segurança jurídica; por fim, acompanhamento do médico na elaboração da diretiva.¹⁸

No Brasil, o que a resolução fez, foi reconhecer o direito do paciente recusar tratamentos extraordinários (tratamentos que não oferecem benefícios a saúde do paciente, que visam prolongar a vida, sem garantir qualidade de vida). Contudo, não basta a recusa ao tratamento. Existem os cuidados paliativos e os tratamentos fúteis. Os cuidados paliativos poderão ser analisados de acordo com a observância a quatro princípios, quais sejam: proporcionalidade terapêutica, duplo efeito, prevenção e não abandono. Os tratamentos que não estejam de acordo com esses princípios serão considerados extraordinários, podendo serem recusado pelo paciente.¹⁹

De acordo com a PSDA, é possível efetivar as diretivas antecipativas de vontade através do testamento vital, mandato duradouro e decisão ou ordem antecipada para o cuidado médico.

A junção entre testamento vital e mandato duradouro forma um instrumento mais completo, visto que, em um único documento o paciente vai determinar quais procedimentos poderão ser suprimidos, e nomear representante para garantir a sua vontade.

¹⁶DADALTO, Luciana. **Reflexos jurídicos da resolução CFM 1996/12**. Ver. *Bioética*, 2013; 21(1): 106-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a12v21n1>. Acesso em 20 fev. 2017. p. 108.

¹⁷BARBOSA, Amanda. **Diretivas antecipativas de vontade: possibilidades do direito brasileiro**. *Revista de Bioética*. 2013; 21(3): 463-76.

¹⁸DADALTO, op. Cit., p. 108-110

¹⁹Ibid., 108.

Beauchamp e Childress separam em três os modelos de decisão: julgamento substituto, melhores interesses e autonomia pura.²⁰ Quando o paciente faz a diretiva antecipativa de vontade deverá reconhecer que os cuidados serão realizados com o intuito de lhe fornecer qualidade de vida, mesmo que possam prolongá-la.

2.1.3.1 Autonomia pura

A autonomia pura consiste em respeitar as decisões do paciente incapaz, mesmo sem documento que tenha expresso sua decisão formalmente. A vontade prévia do paciente deve ser aceita, desde que seja de conhecimento dos envolvidos e que seja relevante na tomada da decisão em questão.²¹

2.1.3.2 Autonomia substituta

O julgamento substituto só será possível se o paciente era plenamente capaz anteriormente e o representante ser pessoa íntima do paciente, para tomar decisões mais próximas possíveis das que seriam escolhidas pelo enfermo, se este estivesse em condições de escolher.²² Isso porque é injusto impedir que um paciente incapaz tenha seus direitos de decisão privados, por não ser capaz ou por nunca ter sido autônomo.

Além disso, o representante deve verificar qual a opção que trará mais qualidade de vida ao enfermo, sempre utilizando os conhecimentos da personalidade do paciente, para fazer escolhas, no mínimo semelhantes às que ele faria²³

2.1.3.3 O modelo dos melhores interesses

²⁰BARBOSA, Amanda. **Diretivas antecipativas de vontade: possibilidades do direito brasileiro.** Revista de Bioética. 2013; 21(3): 463-76.

²¹Ibid.

²²Ibid.

²³BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F.; **Princípios de ética biomédica.** São Paulo. Edições Loyola, 2002. p. 196.

Para pacientes que nunca foram capazes ou para pacientes que eram capazes, porém se encontram em condição de incapacidade, sem ter deixado indícios de sua vontade confiáveis, o modelo aplicado será o dos melhores interesses, com o intuito de maximizar os benefícios, dessa forma, é indispensável um critério de qualidade de vida.²⁴

O julgamento dos melhores interesses não vai se limitar a preferências subjetivas de conhecimento das pessoas ou em valores pessoais, esta vai avaliar os riscos e benefícios para o paciente. As preferências autônomas só serão levadas em consideração quando afetarem a interpretação de qualidade de vida.²⁵

Esse modelo sofre críticas em virtude de sua flexibilidade.

É ainda preciso dizer que o princípio da autonomia, ganhou respaldo no Brasil, o qual influenciou na criação da sua própria Constituição, no tocante aos direitos fundamentais.

Essa autonomia embora esteja relacionada com a liberdade individual, no que toca à possibilidade do sujeito decidir o caminho que seguirá a sua vida, este princípio não é absoluto, por existir uma limitação ante a não infringência da autonomia do outro²⁶.

Nesta lógica, Pessini e Barchifontaine²⁷ defendem a mudança de perspectiva inserida na relação médico-paciente, deixando de ser uma relação entre um sujeito (profissional) e um objeto (paciente), passando a ser uma relação firmada entre sujeitos, apenas, dotados de plena autonomia e de gozo de direitos, que relacionam entre si.

Dessa forma, observa-se que a autonomia se afasta da perspectiva paternalista imposta pela vontade do médico e se aproxima de uma autonomia do próprio paciente,

²⁴BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F.; **Princípios de ética biomédica**. São Paulo. Edições Loyola, 2002. p. 196.p.205.

²⁵BARBOSA, Amanda. **Diretivas antecipativas de vontade: possibilidades do direito brasileiro**. Revista de Bioética. 2013; 21(3): 463-76.

²⁶Hogstel, Gaul, 1991 apud DIOGO, Maria J D'E. **A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, RP/SP, v.5, n.1, p. 59-64, Jan.1997.Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000100007&lng=en&nrm=iso Acesso em: 29 mar. 2020.

²⁷ PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais da bioética**. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2008. p. 412

tornando-o protagonista desta relação, e o possibilitando a estar no comando das decisões que lhe tragam o melhor benefício a partir da sua própria vontade.

Faz-se necessário destacar a premissa de que, dentro da relação médico paciente, as “ações realizadas pelos profissionais de saúde nos hospitais e clínicas que cuidam de idosos, deveriam ser desenvolvidas *com* o paciente, em vez de *para* o paciente, valorizando sua autonomia”²⁸.

Portanto, sob essa feição, a vontade do paciente (em especial, do idoso), merece ser respeitada, e não só pelos médicos, como também pelos demais profissionais da área da saúde.

2.1 CUIDADOS PALIATIVOS

Historicamente se verifica que a formação do profissional de saúde se desenvolve visando vencer a luta da vida *versus* morte, mantendo àquela em prioridade.

Contudo, dentro da realidade da ampliação da longevidade da população idosa, combinada com a influência do propósito da manutenção da vida pelos profissionais de saúde, segundo, Galriça Neto²⁹, não implica diretamente na melhora da qualidade da velhice, mas aponta um sentido contrário, qual seja, o desenvolvimento da cultura de negação da morte. Sendo deixado de lado, portanto, possíveis intervenções de saúde que possam promover um término de vida digno, encarando o fenômeno morte como um sinônimo de derrota ou fracasso por aqueles que atuam na assistência médica.

É, justamente na busca pelo distanciamento da morte como algo ruim e que deve ser refutado, que o cuidado paliativo (CP) atua.

Mas qual o significado esse tipo de assistência?

Do ponto de vista etimológico, o “cuidado paliativo” está relacionado à etimologia *Pallium* (em latim), que denota proteção, manto. Mais especificamente,

²⁸ OLIVEIRA, Iglair R. de; ALVES, Vicente P. **A pessoa idosa no contexto da Bioética**: sua autonomia e capacidade de decidir sobre si mesma. Revista Kairós: Gerontologia, [S.l.], v. 13, n. 2, mar. 2011. ISSN 2176-901X. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/5368/3848>. Acesso em: 29 mar. 2020.

²⁹ GALRIÇA NETO, I. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. 2.ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. p.1-42.

merece atenção a definição dada pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP³⁰:

Proteger. Esse é o significado de paliar, derivado do latim pallium, termo que nomeia o manto que os cavaleiros usavam para se proteger das tempestades pelos caminhos que percorriam. Proteger alguém é uma forma de cuidado, tendo como objetivo amenizar a dor e o sofrimento, sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual. Por esse motivo, quando ouvir que você ou alguém que conhece é elegível a cuidados paliativos, não há o que temer.

Em consonância com o significado acima destacado, merece observar também que, para Cláudia e Ligia³¹,

O adjetivo paliativo é pálio, que abarca um amplo círculo semântico, destacando-se aqui dois blocos que tangenciam e se complementam: um diz respeito àquilo que cobre, protege, agasalha, alivia, defende e outro se refere à distinção, singularização, individualização e poder. Esse último entendido como encargo, missão e não como dominação ou honra. Partindo das considerações etimológicas, Cuidado Paliativo não se restringe a quem é cuidado, mas se estende àquele que cuida.

Os CP estão inseridos dentro de um movimento moderno *Hospice*, que por sua vez, ganham notoriedade com o desenvolvimento da medicina contemporânea³². Para Derek Doyle³³, fundador da *International Association for Hospice & Palliative Care*, o termo *Hospice*, que passou a ser entendido como Hospedaria, tem o significado respaldado na “filosofia do cuidado integral e multiprofissional ao paciente com uma doença incurável, em qualquer fase dela”.

Hospedaria, portanto, significa, nada menos, que o local onde é realizado o próprio Cuidado Paliativo que afeta não só o paciente como também os próprios familiares.

Há de se notar, que o CP não fica limitado ao paciente em si, mas atinge também a sua família e a pessoas que estão à sua volta. Na visão romancista da ANCP, o papel dos que atuam e proporcionam essa assistência é cuidar de todos. Logo, para a Academia, não atinge apenas o paciente, mas a todos que o amam.

³⁰ ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **O que são cuidados paliativos**. [S.l.], [2020?]. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>. Acesso em: 29 mar. 2020.

³¹ BURLÁ, Cláudia; PY, Ligia. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1139-1141, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000601139&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2020

³² Ibid.

³³ DOYLE, Derek. **Bilhete de plataforma: vivências em cuidados paliativos**. Tradutores: FIGUEIREDO, MTA e FIGUEIREDO, MGMCA. São Paulo: Difusão Editora, 2009. Título original: Oxford text book of palliative medicine.

Ademais, no tocante ao conceito de Cuidados Paliativos, é relevante a definição atualizada em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS)³⁴, a qual considera como sendo cuidados assistenciais oferecidos para pacientes que tenham uma doença fora de possibilidades de cura (que ameace a vida), proporcionando, assim, uma melhor qualidade de vida através da prevenção e alívio do sofrimento imposto pela doença.

A própria OMS revela como fundamental o atendimento do paciente com uma equipe multidisciplinar, que pode ser composta por médico, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, educador físico e assistente espiritual. Pois, todos esses agentes são importantes para encarar o desafio de avaliar e tratar da dor e de outros sintomas como os físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

A partir dessa conceituação, Byock³⁵ propõe nove princípios, são eles:

- a) Morte: resultado de um processo natural;
- b) Cuidados Paliativos: não há antecipação da morte, e nem prolongamento desta;
- c) “Unidade de Cuidados”: constituído pelo paciente somado à sua família;
- d) Avaliação e controle dos sintomas: um dos objetivos fundamentais;
- e) Decisões transparentes, compartilhadas (tanto com o paciente quanto com a família) e respaldadas nos valores éticos e culturais;
- f) Equipe interdisciplinar: requisito necessário;
- g) Promoção de cuidados coordenados e da assistência contínua: características dos cuidados paliativos que vão de encontro à fragmentação da saúde;
- h) Aspecto espiritual deve ter a mesma relevância que os demais têm na promoção do cuidado;
- i) Termo final da assistência: estende para além da morte do paciente, e inclui o luto familiar, por tempo que houver de ser necessário.

³⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative Care. **Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs**. Module 05. Genève, 2007.

³⁵ Byock, 2009 apud GOMES, Ana L. Z.; OTHERO, Marília B. **Cuidados paliativos**. Estud. av., São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, Dec. 2016. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 mar. 2020.

Dessa forma, atender a estes princípios, representa mais que uma simples efetivação de cuidados, e sim, na garantia de inúmeros impactos positivos na vida de todos os atingidos, dentro de qualquer esfera, seja ela física, psíquica, emocional, espiritual, entre outras. Além de que, trata-se de uma prática necessariamente multidisciplinar, envolvendo não só uma especialidade profissional, mas uma equipe interdisciplinar que deve ser percebida por toda a sociedade.

Dentro da realidade brasileira, torna-se possível observar tamanha importância dos Cuidados Paliativos, a partir do momento em que o Conselho Federal de Medicina incluiu, em 2009, na redação do seu novo Código de Ética Médica, os CP como princípio fundamental. Em que pese, até o momento atual não existir lei regulamentando tal prática assistencial³⁶.

3 CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento do presente estudo científico, é possível compreender que, diante da perspectiva do envelhecimento, do processo de finitude da vida e sua terminalidade, bem como das condutas médicas e terapêuticas consideradas como inúteis, diante da situação do paciente, surge como possibilidade efetiva para enfrentar toda essa situação, a escolha por um processo de humanização inserida dentro da realidade dos Cuidados Paliativos, já que dentro dos seus objetivos, encontra-se a promoção do alívio da dor.

Mas como o idoso, paciente terminal, poderá fazer essa escolha e decidir dispor da sua própria vida, humanizando a sua morte, por meio dos cuidados paliativos?

Ora, diante da perspectiva assegurada pela própria Constituição Federal no que diz respeito ao exercício da dignidade humana, tal proteção constitucional também engloba a capacidade do sujeito de se autodeterminar, constituindo-se na liberdade individual.

Logo, observando que a liberdade é inerente ao exercício da dignidade, a qual é garantida em todo e qualquer momento da vida do sujeito de direito, a partir do

³⁶ ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **ANCP e cuidados paliativos no Brasil**. [S.l.], [2020?]. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>. Acesso em: 29 mar. 2020.

momento que o direito de escolha do paciente é cerceado, aniquila-se, em conjunto, a sua própria dignidade.

Nesse contexto, conferir ao idoso, paciente terminal, a possibilidade de escolha para enfrentar o processo da morte de forma humanizada, visando através dos cuidados paliativos, obter uma morte digna, estar-se-á falando em pleno exercício da sua autonomia e conseqüentemente da sua dignidade humana tão protegida pela Constituição Federal.

Pois, após todo o desenvolvimento teórico transcorrido, infere-se que, a CF quando garante constitucionalmente o direito à vida somado à proteção da dignidade humana, não traz consigo uma ideia da vida ser um dever, mas se preocupou em garantir a dignidade daqueles que optaram por viver. A inviolabilidade da vida, tratada na Carta Política, assim sendo, está relacionada com a proibição do terceiro em dispor sobre a vida de outrem.

Conclui-se portanto, sem querer esgotar o assunto aqui discorrido, tendo em vista o aspecto complexo e heterogêneo, e servindo de provocação para estudos futuros relacionados à temática, que a liberdade do idoso em exercer sua autonomia prevendo a humanização da sua morte através da aceitação dos cuidados paliativos, está diretamente relacionada com o pleno exercício da sua dignidade humana.

Logo, em razão da indisponibilidade não atingir tão somente o direito à vida, mas também à dignidade da pessoa humana, possui total e amplo direito o idoso em realizar essa escolha, e o respeito decorrente dela, pois não ter autonomia significa o mesmo que não ter dignidade.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATOS (ANCP). **ANCP e cuidados paliativos no Brasil**. [S.l.], [2020?]. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>. Acesso em: 29 mar. 2020.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATOS (ANCP). **O que são cuidados paliativos**. [S.l.], [2020?]. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>. Acesso em: 29 mar. 2020.
- BARBOSA, Amanda. Diretivas antecipativas de vontade: possibilidades do direito brasileiro. **Revista de Bioética**, v.21, n.3, p.463-76, 2013.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F.; **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- BURLÁ, Cláudia; PY, Ligia. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1139-1141, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000601139&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2020
- DADALTO, Luciana. Reflexos jurídicos da resolução CFM 1996/12. **Revista de Bioética**, v.21, n.1, p.106-12, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a12v21n1>. Acesso em: 20 fev. 2017
- DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.
- DIOGO, Maria J D'E. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 59-64, Jan. 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000100007&lng=en&nrm=iso Acesso em: 29 mar. 2020
- DOYLE, Derek. **Bilhete de plataforma: vivências em cuidados paliativos**. Tradutores: FIGUEIREDO, M.T.A. ; FIGUEIREDO, M.G.M.C.A. São Paulo: Difusão Editora, 2009. Título original: Oxford text book of palliative medicine.
- GALRIÇA NETO, I. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. 2.ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010.
- GOMES, Ana L. Z.; OTHERO, Marília B. Cuidados paliativos. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, Dec. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2020
- MALUF, Adriana C. R. F. **Curso de Bioética e Biodireito**. São Paulo: Atlas, 2010.
- MENEZES, Joyceane B., EDUARDO, Vitor R. Conflitos Principiológicos em Torno da Prática da Eutanásia no Brasil: Em Defesa da Autodeterminação. *In*: CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI. 2009. **Anais [...]** 2009.

OLIVEIRA, Iglair R. de; ALVES, Vicente P. A pessoa idosa no contexto da Bioética: sua autonomia e capacidade de decidir sobre si mesma. **Revista Kairós: Gerontologia**, [S.l.], v. 13, n. 2, mar. 2011. ISSN 2176-901X. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/5368/3848>. Acesso em: 29 mar. 2020.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais da bioética**. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2008.

SÁ, Maria de Fátima Freire. **Manual de Biodireito**. 2. ed. Belo Horizonte: [s.n.], 2011.

SÁ, Maria F. F., MOUREIRA, Diogo L. **Autonomia para Morrer**. Minas Gerais: Ed. DelRey. 2012.

VILLAS-BOAS, Maria E. **Da eutanásia ao prolongamento artificial da vida: aspectos polêmicos na Disciplina Jurídico-Penal do Final de Vida**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative Care. **Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Module 05**. Genève, 2007.