

“DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: O DIREITO DE MORRER E A OPORTUNIDADE PARA UMA NOVA RELAÇÃO-MÉDICO PACIENTE”

Chemin MRC*,
Souza W.

Resumo

O texto traz à discussão a Resolução do Conselho Federal de Medicina (1995/2012) sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, através da qual pode-se concluir que embora frente à morte não se tenha liberdade, pode-se respeitar a autonomia do paciente, a fim que a sua terminalidade possa ocorrer de forma mais humana, digna e respeitosa. Mostrar que os avanços da biotecnologia impõem ao homem questionar e dar um novo sentido à dimensão da vida no que trata do inexorável, a finitude. Entram em cena os cuidados no fim de vida num ambiente de clínica ampliada nos cuidados paliativos. O método utilizado foi a pesquisa bibliográfica qualitativa a partir do pensamento de Hans Jonas e bibliografia com enfoque bioético.

Palavras-chave: Diretivas antecipadas de vontade. Relação médico-paciente. Humanização.

*Cirurgiã-Dentista, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Bioética da PUC-PR Curitiba –PR. E-mail: maychizini@yahoo.com.br

Doutor em Teologia. Professor do Programa de Pós-Graduação em Bioética e do Programa de Pós-Graduação em Teologia da PUC-PR. E-mail: waldir.souza@pucpr.br

1. Introdução

No decorrer da última metade do século XX o mundo foi invadido por novas tecnologias médicas o que levou a condutas terapêuticas inimaginadas, podendo-se intervir demasiadamente do início ao fim da vida humana e tendo consequências quanto à preservação da vida como um todo no planeta.

O dinamismo ao qual a vida foi envolvida, dá ao presente pouco valor, é adiante, para o futuro que está voltada a expectativa. A pergunta é o que convém ao ser humano, mudança pela mudança ou que a ciência seja aproveitada no interesse do ser humano? “Talvez nós estejamos condenados a conviver por muito tempo com situações de tão urgente necessidade por nós mesmos criadas, e tudo o que podemos fazer seja apenas buscar estacas de apoio e antídotos de curto prazo, e não o planejamento para uma vida boa” (JONAS, 2006 p.230). De modo a salvaguardar o humano, alerta o autor, não se pode confiar totalmente na capacidade auto-reguladora da interação técnica-ciência, que estabelece como felicidade e bem o deixar-se levar.

A partir de uma nova relação médico-paciente, com a perspectiva das Diretivas Antecipadas de Vontade, como ferramenta de autonomia responsável, a dignidade pode ser cada vez mais preservada e promovida.

Os profissionais médicos já não precisam ser os donos da vida do paciente, não são os que derrotam ou não a morte, mas os que garantem a melhor atenção e cuidado durante a vida. Do paciente espera-se sempre mais a colaboração para os tratamentos e a compreensão acerca dos limites da técnica e do que se pode esperar do atuar médico. É preciso que a carga que o médico carrega seja aliviada, não existem super-heróis nem mesmo na medicina, não deve haver luta contra a morte como se esta não fosse intrínseca a vida. O empenho é pela preservação da saúde e pela qualidade de vida até o seu ocaso, função e arte das equipes médicas atuando em forma de clínica ampliada.

2. Jonas e o “direito de morrer”

O homem como objeto da técnica, o *homo faber* que aplica sua arte sobre si mesmo e desafia a própria mortalidade, impõe novos limites ao agir e com isso exige uma ética de previsão e responsabilidade. Talvez todos necessitem de um limite inelutável na expectativa de vida para “contar os dias e fazer com que eles contem”. (JONAS, 2006 p.57-58)

Aristóteles esperava que a civilização alcançasse um equilíbrio entre necessidades e meios, Jonas (2004, p.228-229) duvida desta possibilidade, chama ao resultado do processo de reajuste de equilíbrio, de progresso, um automatismo auto-alimentado. E adverte quanto à finitude que era esperada por Aristóteles e não é uma possibilidade, não é possível impor limites ao progresso, exige-se cuidado.

O homem quer participar para sempre, não aceita a finitude, nem de si nem do conhecimento. Nada lhe basta. O infinito avanço da vida para o sempre novo e

desconhecido, que já não está lá fora, no inescrutável universo, o novo que acontece bem próximo e ao alcance de um teclar, o novo que acontece o tempo todo, não descansa, é este mesmo que o homem não aceita deixar.

A ciência moderna apresenta-se como teoria e arte, a teoria passou a ser ela mesma um processo que não se pode parar,

mas enquanto nas outras artes a posse e o uso da habilidade são duas coisas diferentes, de modo que quem as possui tem a liberdade de aplicar ou não aplicar, e de decidir quando aplicá-la; a habilidade da ciência técnica como posse coletiva gera por si própria o seu uso.(JONAS, 2006 p.231)

Num círculo vicioso ou virtuoso, necessidades atendidas pela tecnociência geram tarefas que geram novas soluções e assim por diante, e o humano vê-se sob a tutela do avanço.

De fato dado a coisa a ser decidida. “A morte não parece mais ser uma necessidade pertinente à natureza do vivente, mas uma falha orgânica evitável; suscetível, pelo menos, de ser em princípio tratável e adiável por longo tempo” (Jonas, 2006 p.58).

Segundo a reflexão de Jonas (2013, p.251-254), estranhando que seja necessário tratar do direito de morrer quando o mais óbvio no mundo das preocupações seja pelo direito de viver, o problema é que a prática médica leva a vida até o ponto onde já não se pode valorá-la. Os novos tratamentos levam a novos direitos, o de morrer e o que subjaz a este, o direito de recusar tratamento, sejam de ordem moral ou legalmente.

A negativa de um paciente deve basear-se na mesma condição que o capacita a consentir sobre um tratamento: informação esclarecedora. Aqui, encontram-se o direito de consentir ou negar com o de saber a verdade, que contempla nada mais que a sinceridade conforme o conhecimento médico sobre as expectativas de prognóstico. Honrar a autodeterminação do sujeito enfermo é dar-lhe a chance não de exercer o direito de morrer, mas o de contemplar-se com dignidade no momento em que seu fim está próximo. Abusar com arrogância da misericórdia como desculpa para enganar o moribundo sem respeitar sua vontade “manifestada de maneira crível, significa dar um calote na possibilidade própria do seu ser, de estar cara a cara com sua mortalidade, quando está a ponto de tornar-se real para ele” (JONAS, 2013 p.263).

Jonas alertava em seu texto originalmente publicado em 1978 (2013, 251-275) que o “direito de morrer” refere-se à situação de um sujeito mortalmente enfermo, exposto passivamente às técnicas da medicina moderna de retardamento da morte, e que deixando a passividade e movendo-se pelo direito, deixa a si mesmo e ao seu médico longe da servidão da obrigação para com a vida, tratando a morte como resultado possível.

A partir do reconhecimento deste direito, além da escolha contra o prolongamento desproporcionado, e ainda não se tratando a eutanásia ou a aceleração do fim como possibilidade, apresenta-se o desejo natural ao não padecimento doloroso e sofrido, o que vem requerer providências. Nem sempre devolver do hospital ao lar é viável. E o

tratamento hospitalar compassivo pode ser o de melhorar a qualidade do tempo ainda vivido em detrimento da quantidade de tempo. Neste contexto vem a necessidade do atendimento numa filosofia de clínica ampliada.

3. Clínica Ampliada e os cuidados paliativos

A clínica ampliada é a diretriz de atuação dos profissionais da saúde. Consiste basicamente na articulação e diálogo de diferentes saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento. E, na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

De acordo com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2004, p.11-12):

A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida. Nas doenças crônicas ou muito graves isto é muito importante, porque o resultado sempre depende da participação da pessoa doente, e esta participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas sim uma capacidade de “inventar-se” apesar da doença.

A proposta da Clínica Ampliada, de acordo com as diretrizes da PNH (Brasil, 2006, p.38) busca o trabalho transdisciplinar e multiprofissional visando possibilitar o trato eficaz da complexidade inerente ao trabalho em saúde. Reconhece que um enfoque pode predominar em determinada situação, embora não signifique negar outras possibilidades de ação:

Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a descrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.

“A clínica, então, é sempre uma interação complexa entre sujeitos”... efetivamente é um encontro entre dois Sujeitos singulares: um Sujeito profissional e um Sujeito coletivo (CUNHA, 2005, p. 46).

A visão de Campos e Amaral (2007, p. 852-855), partindo da medicina tradicional para a clínica ampliada, onde mais do que doenças, os problemas que possam ampliar as

situações de risco para a saúde também são considerados, sugere o que chamam de “Clínica do Sujeito”:

Além de buscar a produção de saúde, por distintos meios – curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos, – a clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências.

É necessário reconhecer que os sujeitos da clínica (cuidadores e os que são cuidados) são possuidores de subjetividades que podem influenciar mutuamente nos encontros. A formação médica com a valorização do saber generalista e humanista contribui para a ampliação da clínica:

o médico generalista, humanista, crítico e reflexivo pode intervir tanto nos diferentes níveis de atenção de saúde, quanto no enfoque individual e coletivo. Porém, ainda que se mude a formação do médico e isso contribua muito, essa mudança não é suficiente para a efetivação de uma clínica ampliada nos diversos cenários de saúde... Outro aspecto destacado é o de que precisamos investir também, durante o curso de medicina, na educação em saúde dos nossos usuários ou pacientes, porque, culturalmente, esses já esperam médicos que os atendam rapidamente, que peçam exames e os mediquem. Dessa forma, passivamente, esperam ser curados em vez de se curarem. (HAFERN ET ALS, 2010 p.8)

A fase de terminalidade é aquela em que o processo de morte se desencadeia e o prognóstico de vida pode ser definido em dias ou semanas. Quando se alcança a fase em que a incurabilidade da doença se torna uma realidade, a opção passa a ser entregar-se aos Cuidados Paliativos que:

crescem em significado, passando a ser uma necessidade absoluta, se tornam imprescindíveis e complexos o suficiente para demandar uma atenção específica e contínua ao doente e à sua família, prevenindo uma morte caótica e com grande sofrimento. (Maciel, 2008, p.17)

É este contexto para se aplicar, para vivenciar a clínica ampliada. Talvez, um dos mais adequados.

A Organização Mundial de Saúde (1990, p.11) define o cuidado paliativo como:

O cuidado ativo total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. O controle da dor e de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual, é o que mais importa. O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias.

Os cuidados paliativos estão postos como mantenedores da dignidade até o momento da morte.

A filosofia dos cuidados paliativos (OMS, 1990 p.11) se preocupa em:

- Afirmar a vida e encarar o morrer como um processo normal;
- Não apressar nem adiar a morte;
- Procurar aliviar a dor e outros sintomas angustiantes;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados do paciente;
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem ativamente tanto quanto possível até a morte, e para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e com seu próprio luto.

Os princípios éticos da medicina paliativa foram sendo estabelecidos para orientar decisões diagnósticas e parecem ser a base para uma excelência num ambiente de clínica ampliada para além da doença do sujeito. São eles:

- a) o da veracidade, onde se procura benefício para ambos, médico e paciente/familiares, pois possibilita participação ativa no processo. Comunicar a verdade usando de prudência;
- b) o da proporcionalidade terapêutica, onde se questiona a utilidade ou inutilidade da medida terapêutica, os riscos e benefícios das alternativas de ação, os custos físicos-psíquicos, moral e econômicos envolvidos, assim como os prognósticos com e sem a implementação da medida terapêutica. A obrigação moral de se implementar todas as medidas terapêuticas que tenham relação de proporção entre os meios empregados e o resultado final é abordada aí;
- c) o do duplo efeito, a razão proporcional se aplica questionando se a ação em si mesma é boa, ou pelo menos indiferente; que o efeito seja tolerável apenas quando não há outra alternativa eficaz de tratamento; que o efeito positivo não seja consequência dos efeitos negativos; e que o bem causado seja proporcional ao dano produzido;
- d) o da prevenção quando se evita desproporcionais intervenções. Implementar as medidas necessárias para prevenir complicações e/ou sintomas, e aconselhar a família evitando sofrimento desnecessário ao paciente é parte da responsabilidade médica;
- e) o da inviolabilidade da vida humana;
- f) o do não-abandono, salvo em casos de grave objeção de consciência, é condenável eticamente abandonar o paciente porque este recusa determinadas terapias. Mesmo quando não se pode curar é possível acompanhar solidariamente, cuidar. (BERTACHINI; PESSINI, 2004 p.189-192)

4. Diretivas Antecipadas de Vontade

A autonomia pode dar-se em relação ao modo como o sujeito se comporta, como lida com as etapas da vida, como se posiciona frente às indignidades, inclusive as que o atingem dissimuladamente, como a oferta de mais um dia vivo, embora já inconsciente na solidão, fria e nua da ultra- mecanizada UTI.

Pode-se usar a autonomia pessoal emblematicamente para defender a eutanásia, somando a questão de qualidade de vida, no entanto sempre se estará impondo a outro o peso da decisão e do ato em si. Para defender a distanásia, como fazê-lo, se nas palavras de Kovács (1998, p.68) a distanásia “prolonga a vida de uma pessoa já morta”.

A autonomia exercida através das Diretivas Antecipadas de Vontade causa impacto e oportunidade de se estabelecer (embora possa ser lentamente como é comum às sólidas modificações), uma nova e amadurecida relação entre médico e enfermo. Relação verdadeira que se dê entre iguais em dignidade pode e deve emergir, que empodere e não vulnerabilize o adoentado, que alivie o profissional do peso excessivo que pode advir em ter que tomar todas as decisões.

Diretivas antecipadas de vontade são definidas como “o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.” (RESOLUÇÃO CFM 1995/12)

O Conselho Federal de Medicina sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes,

“RESOLVE:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.”

Nas suas justificativas reconhece a dificuldade de comunicação do paciente em fim de vida. E, também considera a receptividade dos médicos às diretivas antecipadas de vontade como alternativa. Considera os cuidados paliativos não como consolo, mas como

direito. Então, parece claro que uma mudança de comportamento mais humanizante se avizinha. . “O que a sociedade espera dos médicos é que, atentos ao sofrimento de uma pessoa, apliquem suas capacidades e toda ciência disponível para levar alívio ao que sofre” (Taboada, 2009, p.88).

Considerações Finais

Concluindo assim como Zoboli (2009, p.195) que propõe amplificar a bioética clínica para além do principialismo, em direção a clínica ampliada onde estão pelo menos duas pessoas, num encontro de cuidado

dois iguais em situações distintas, que em um encontro intersubjetivo têm a corresponsabilidade de construir o cuidado trocando fatos, emoções, sentimentos, crenças, enfim muito mais que apenas os dados dos sinais, sintomas e resultados de exames.

o quadro ideal a ser perseguido, é aquele onde vemos o atuar da equipe hospitalar na direção de ampliar o cuidado da *doença* do enfermo, para a *pessoa* do enfermo e todo seu contexto pessoal e familiar.

Os programas e/ou setores de cuidados paliativos em ambiente de clínica ampliada representam conforto e alento para pacientes em fim de vida e, com o advento da resolução do CFM 1995/2012 que trata das Diretivas Antecipadas de Vontade e já antes com a resolução 1805/2006 que trata da ortotanásia, poderão vir a ser cada vez mais procurados e necessários.

Aproveitar das Diretivas Antecipadas de Vontade configura estabelecer uma madura relação com sua vida, e com aqueles que irão ajudar a vivê-la bem, mesmo que frente a um quadro de terminalidade.

Cabe considerar que todos os que vivem são terminais desde que nascem, não há como driblar o inevitável.... pode-se morrer vivendo e viver morrendo. Sendo assim, há concordância com o pensamento de Jonas:

O indivíduo é por natureza temporário (...) a pessoa é o meio através do qual a eternidade se expõe às decisões do tempo, nas ocasiões irrepetíveis das trajetórias finitas de vida, o resultado precisa sempre de novo ser decidido. (2004, p.268).

Referências

BERTACHINI, L; PESSINI, L.(orgs.) **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida.** 1ª edição. São Paulo: Paulinas : Centro Universitário São Camilo, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada.** Brasília, DF, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1805**, de 9 de novembro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, 28 de novembro de 2006. Seção 1, p. 169. Disponível em <<http://www.portalmédico.org.br>> Acesso em 21 mai 2013.

_____. Conselho Federal de Medicina. Publicada no D.O.U. de 31 de agosto de 2012, Seção I, p.269-70) **Resolução 1995/2012.** Disponível em <<http://www.portalmédico.org.br>> Acesso em 21 mai 2013.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M. A. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital.** Ciência & Saúde Coletiva, vol.12 n.4 jul-ago 2007 p.849-859. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva -Brasil.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: Hucitec, 2005.

HAFNER, M.L.M.; MORAES, M. A. A.; Marvulo, M. M. L.; BRACCIALLI, L.A.D.; CARVALHO, M. H. R.; GOMES, R. **A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira.** Ciência & Saúde Coletiva vol.15 supl.1 Rio de Janeiro- Jun. 2010. Ciência & Saúde Coletiva vol.15 supl.1 Rio de Janeiro Jun. 2010 Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700083>.

JONAS, H. **O princípio vida: fundamentos para uma biologia filosófica.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. **O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica.** Tradução do original alemão Marijane Lisboa, Luiz Barros Montez. Rio de Janeiro: Contraponto: Ed PUC-Rio, 2006.

_____. **Técnica, medicina e ética: sobre a prática do princípio responsabilidade.** São Paulo: Paulus, 2013.

KOVÁCS, M. J. **Autonomia e o Direito de Morrer com Dignidade.** Bioética, São. Paulo, v. 6, n. 1,p. 61-69, 1998.

MACIEL, M. G. S. **Definições e princípios.** In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 15-32.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos.** Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.

PESSINI, L. **Bioética Um Grito por Dignidade de Viver.** 4ª ed. São Paulo: Paulinas, 2009.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados paliativos.** São Paulo: Loyola, 2004.

TABOADA, P. **Dimensión Ética del Morir.** Revista CLAR, Bogotá, 2009. n.1 p.82-98, jan/mar.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and paliative.** Geneva, A report of a WHO Expert Commitee,1990 - Technical Report Series, 804 . Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>. Acessado em 20 de janeiro de 2014.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada.** O Mundo da Saúde. São Paulo, 2009 n.33 p.195-204.