

debate

MÉDICOS SE DIZEM FAVORÁVEIS A RESOLUÇÃO DO CFM QUE PREVÊ RESPEITO À AUTONOMIA DO DOENTE TERMINAL DE DECIDIR COMO QUER MORRER

O fim, uma decisão do paciente



Oncologistas e médicos especialistas em cuidados paliativos que lidam em seu cotidiano com a iminência da morte receberam com aprovação a Resolução 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina (CFM), estabelecendo critérios sobre o uso de tratamentos considerados invasivos ou dolorosos, em casos clínicos nos quais não exista nenhuma possibilidade de recuperação. Por meio da nova regra, o portador de doença crônica-degenerativa, como câncer, pode optar por não querer ser submetido a determinados procedimentos, na fase terminal.

Sob o nome formal de “diretiva antecipada de vontade”, a resolução, editada em agosto, ficou conhecida como testamento vital, e prevê o registro do desejo expresso pelo paciente em documento – que pode ser feito com antecedência, em cartório, pela própria pessoa, ou mais tarde, no hospital. Nesse caso, cabe ao médico registrar no prontuário do paciente a decisão comunicada diretamente a ele pelo doente.

Para o primeiro-secretário do CFM, o anestesiológico Desiré Carlos Callegari, a resolução representa um importante avanço na relação médico-paciente, pois dá autonomia ao doente para escolher sobre a fase terminal de sua vida e amparo legal ao profissional para respeitar tal decisão. “Assim, o testamento vital permite que a equipe que atende o paciente tenha o suporte legal e ético para cumprir sua orientação, quanto ao tratamento que quer receber.”

Ainda segundo Callegari, a Resolução 1.995 foi bem recebida pela comunidade médica e a sociedade como um todo, inclusive por representantes de diversas religiões e por comissões bioéticas de várias instituições do País, que têm entre seus membros advogados, psicólogos e religiosos.

O primeiro-secretário do CFM diz que a diretiva antecipada de vontade complementa a Resolução 1.806/2006 do CFM, que criou a ortotanásia (morte natural sem sofrimento em fase terminal de doença crônica). A norma permite ao médico limitar ou suspender tratamentos exagerados e desnecessários que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis. Prevê ainda que o médico preste os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitando a vontade do paciente ou de seu representante legal.

“É uma questão de respeito ao direito do paciente que não tem mais possibilidade de cura. O paciente que não responde mais ao tratamento curativo tem direito a ter qualidade de vida nesse estágio e escolher como quer morrer”

Claudia Naylor, diretora do Hospital do Câncer IV do INCA

A Resolução 1.806 foi incorporada ao Código de Ética Médica, em 2009, e julgada procedente pela Justiça Federal, em 2010.

A sentença foi dada pelo juiz Roberto Luis Luchi Demo, da 14ª Vara da Justiça Federal, em Brasília, em 1º de dezembro de 2010, após considerar improcedente pedido feito pelo Ministério Público Federal, por meio de ação civil pública, de decretação de nulidade da Resolução nº 1.805/2006. Em sua sentença, o juiz afirma que “a Resolução não determinou modificação significativa no dia a dia dos médicos que lidam com pacientes terminais, e deve incentivar os médicos a descrever exatamente os procedimentos que adotam e os que deixam de adotar, em relação a pacientes terminais, permitindo mais transparência e possibilitando maior controle da sua atividade médica”. A decisão pôs o ponto final em uma discussão que já durava mais de três anos.



Para a cirurgiã e oncologista Claudia Naylor, diretora do Hospital do Câncer IV, unidade de Cuidados Paliativos do INCA, a diretiva antecipada de vontade é um tema que deveria estar sendo discutido no Brasil há mais tempo, dada sua importância extrema. No entender dela, a sociedade precisava ter esse tipo de norma em mãos, por isso a nova resolução é bem-vinda. “É uma questão de respeito ao direito do paciente que não tem mais possibilidade de cura. O paciente que não responde mais ao tratamento curativo tem direito a ter qualidade de vida nesse estágio e escolher como quer morrer”, afirma. Segundo Claudia, a Resolução 1.995 também traz mais responsabilidade para o médico, na questão de comunicar ao paciente sobre seus direitos de escolha. “Cabe ao oncologista não apenas informar sobre a nova norma, mas explicar para o paciente o que significam as escolhas que ele vai fazer. Deixar claro que sua vontade será respeitada, e que ele tem direito de mudar de ideia durante o processo também”, define.

QUALIDADE DE MORTE PARA PACIENTES CRÔNICOS

Claudia lembra que pesquisa realizada pela consultoria Economist Intelligence Unit e publicada pela revista inglesa *The Economist*, em 2010, coloca o Brasil em 38º lugar em um ranking de 40 países quando o assunto é qualidade de morte de pacientes com doenças crônicas, à frente apenas de Uganda e da Índia. Esse resultado indica que o brasileiro em estado terminal ainda sofre muito em seu processo de morte. Já o Reino Unido, que discute o tema qualidade de morte há 60 anos, ocupa o primeiro lugar no ranking. “Precisamos melhorar muito ainda em termos de qualidade de morte no Brasil. Essa nova resolução do CFM nos dará mais tempo para organizar a ortotanásia”, diz.

O diretor de Prática Médica do Hospital Israelita Albert Einstein, o nefrologista Oscar Pavão, também concorda que a criação do testamento vital “é um avanço em relação ao respeito do direito do paciente com doença progressiva, incurável e avançada e sem possibilidade razoável de resposta a tratamento específico curativo”. O exercício do princípio da autonomia do paciente terminal, em razão da dificuldade e abrangência de tal decisão, mesmo para aqueles que não estejam emocionalmente envolvidos, deve ocorrer de uma maneira evolutiva e com a velocidade adequada a cada caso”, opina.



Já a médica Lílian Trindade, do serviço de Cuidados Paliativos e Tratamento da Dor do Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba, lembra a importância da humanização da morte e que é preciso que o médico transmita ao paciente a segurança de que ele será respeitado até o último momento. Para ela, o paciente tem o direito de morrer com dignidade. De escolher, por exemplo, morrer em companhia de familiares, num quarto de hospital ou mesmo em casa, e não sob ventilação mecânica, sedado, recebendo medicamentos que não vão reverter seu quadro. “O leito de UTI é para o paciente que vai conseguir restabelecer sua saúde. O paciente terminal tem o direito de escolher ficar com a família, em vez de internado num hospital, rodeado de pessoas desconhecidas e com aparelhos apitando”, diz.



Segundo Lílian, cirurgiã e médica da dor, os profissionais do hospital procuram ver o paciente como um todo e mostrar a ele que sua vontade é fundamental. De acordo com a especialista, a equipe da unidade também trabalha no sentido de preparar a família para acatar a vontade do paciente. “É direito do paciente ter uma morte serena, entre familiares”, defende a médica, que lembra que todo o trabalho é feito dentro do conceito da ortotanásia.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos previstos para a ortotanásia são o controle da dor e outros sintomas; e o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual; para que o paciente e sua família possam atingir a melhor qualidade de vida possível. Dessa forma, o bem-estar do paciente passa a ser a prioridade, e não a luta contra algo que, inevitavelmente, não há como combater. ■

SÃO PAULO TEM LEI ESTADUAL SOBRE O ASSUNTO

Muitos anos antes de o CFM editar a resolução que cria o testamento vital, o Estado de São Paulo já contava com uma lei similar. A Lei dos Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde do Estado de São Paulo (10.241/99) assegura em seu artigo 2º que “é direito dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida”. A lei foi criada pelo então governador Mário Covas, que viria a morrer, em decorrência de complicações por causa de um câncer. Covas criou a lei um ano após saber de sua doença, e, quando já não havia mais possibilidades terapêuticas de cura, optou por ficar com os familiares.

O geriatra Toshio Chiba, coordenador do Programa de Cuidados Paliativos do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (Icesp), lembra que a resolução do CFM não tem poder legal, porém, para o médico, tem a força de lei. “Estamos falando da integralidade do tratamento até o seu final, com o sentido de oferecer o melhor tratamento até o fim. O paciente tem o direito de morrer com dignidade”, comenta. De acordo com ele, o programa do Icesp conta com uma equipe multidisciplinar, que trata das dores físicas e também das dores emocionais dos pacientes por estarem tão perto da morte. A abordagem também se estende à família, para que todo o processo seja aceito com a maior naturalidade e com o mínimo de sofrimento possível.

“O programa conta ainda com um núcleo avançado de cuidados especiais, para atender os pacientes terminais que não querem mais ficar no hospital, mas não podem ir para casa, porque a família não tem a estrutura necessária. Tudo isso faz parte de um trabalho voltado para o respeito da autonomia de escolha do paciente”, completa.

Em relação ao câncer, o documento traz boas notícias: a variação da cobertura nacional da mamografia aumentou de 54,8% (2003) para 71,1% (2008) e a do exame papanicolaou, de 82,6% para 87,1%, no mesmo período. Outro dado relevante sobre cobertura mamográfica é o que registra que a realização do exame cresce hoje a um ritmo de 3,3% ao ano no País. A meta é passar para 4,2% ao ano, até atingir 95% de cobertura entre as brasileiras na faixa etária de 50 a 69 anos em 2022.