

Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo

Leo Pessini

Resumo O presente artigo discute questões éticas relacionadas com o final da vida humana, apresentando dados da Holanda e Bélgica, países que possuem legislação específica e políticas públicas em relação à prática da eutanásia. Destaca, de forma especial, a experiência belga a respeito da introdução, no sistema de saúde, do procedimento do filtro paliativo frente a solicitações de eutanásia a partir de pacientes competentes e em fase final de vida. Conclui apontando que não obstante a persistência dos chamados *casus perplexus*, isto é, a não desistência da solicitação de eutanásia, a proposta de cuidados paliativos torna irrelevantes e desnecessárias muitas dessas solicitações.

Palavras-chave: Eutanásia. Cuidados paliativos. Direito a morrer.



Leo Pessini

Doutor em Teologia Moral, integra a Comissão Técnica sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina (CFM). Professor no programa de pós-graduação, mestrado e doutorado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil

No momento em que a medicina brasileira lança seu novo Código de Ética Médica (CEM) ¹, em 13 de abril de 2010, pensamos ser oportuno propor algumas reflexões à luz da experiência de outros países, especialmente Bélgica e Holanda, que lidam com questões éticas polêmicas de final de vida. O novo CEM prevê uma abordagem ética diferenciada junto aos pacientes em fase final de vida, para evitar a prática da distanásia e valorizar os cuidados paliativos.

No Conselho Federal de Medicina (CFM), a Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos, que atua desde 2005, tem prestado importante serviço no contexto da medicina brasileira em termos de fomentar a educação ética profissional. O ponto alto dessa atuação, sem dúvida, foi a elaboração da Resolução CFM 1.805/06, ainda *sub judice* ². Sem a mesma, cuja publicação gerou amplo debate na sociedade brasileira sobre questões éticas

ligadas ao final da vida humana (ortotanásia, distanásia, eutanásia e cuidados paliativos), certamente não teriam sido aprovadas no novo CEM as atualizações relacionadas com decisões éticas de final de vida – que organizações médicas de outros países já incorporaram em sua assistência no âmbito da saúde.

Para ilustrar essa afirmação sobre a forma como o novo CEM aborda as questões éticas relativas à terminalidade da vida, destacamos no código alguns princípios, artigos e parágrafos que primam por preservar o respeito e cuidado imprescindíveis. O princípio XXII, por exemplo, observa: *nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados*. Por sua vez, o art. 41 veda ao médico *abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal*. Seu parágrafo único indica que *nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal*¹.

Finalmente, por intermédio do novo Código de Ética Médica, a medicina brasileira quebra o silêncio da negação cultural da morte e entra no século XXI ao admitir o princípio da finitude humana. No código anterior, de 1988, considerado avançado para o seu tempo, a dimensão da finitude humana sequer é mencionada entre os dezenove princípios

arrolados, mas vivíamos um momento cultural marcante de negação da morte.

Em 2002, a Holanda e a Bélgica foram os primeiros países a legalizar a eutanásia no contexto da assistência à saúde, em disposições legais muito semelhantes. A Holanda tinha uma prática institucionalizada que, embora não legal, era tolerante em relação aos médicos que praticassem a eutanásia há pelo menos uma década antes da legalização. Também na Bélgica tais discussões ecoaram de forma significativa. Um interessante artigo intitulado *O desenvolvimento de cuidados paliativos e a legalização da eutanásia: antagonismo ou sinergia?*, publicado no *British Medical Journal*³, descreve como essas duas áreas de cuidados da saúde, profundamente polêmicas do ponto de vista ético, cresceram lado a lado com benefícios mútuos naquele país. Os autores mostram que embora ambos os procedimentos – os cuidados paliativos e a eutanásia legalizada – se baseiem em valores médicos e éticos, tais como a autonomia do paciente, a beneficência dos cuidadores e a não maleficência, são com frequência vistos como causas antagônicas.

A percepção popular, por exemplo, é que a causa dos cuidados paliativos remete ao âmbito das pessoas mais religiosamente motivadas e que a defesa da eutanásia, ao contrário, seria uma área reservada aos agnósticos ou ateus. A Associação Europeia de Cuidados Paliativos expressou preocupação nesse sentido, advertindo que com a legalização da eutanásia na Holanda e Bélgica, em 2002, dar-se-ia o início da *ladeira escorregadia* (*slipery slope*),

resultando em danos para pacientes vulneráveis, tais como os idosos e pessoas com necessidades especiais, o que impediria o desenvolvimento dos cuidados paliativos ao se apresentar a eutanásia como alternativa.

Entretanto, dados daqueles países, após a legalização da eutanásia, parecem não confirmar esta realidade. Pesquisas realizadas na Bélgica a respeito de decisões que abreviam a vida dos pacientes em final de vida, incluindo a eutanásia ou suicídio medicamente assistido, mostram não haver correlação com a pouca utilização de cuidados paliativos e que tais decisões frequentemente ocorrem no contexto de cuidados multidisciplinares de saúde ^{4,5}. Esses achados permitem pressupor que a reflexão sobre a terminalidade da vida engloba aspectos diretamente relacionados aos cuidados paliativos ao paciente, não se restringindo à abreviação da vida, como se pode depreender a seguir.

O presente artigo, após apresentar a situação da legislação sobre a eutanásia nos assim chamados “países baixos”, Holanda e Bélgica, tem como objetivo fundamental a apresentação da experiência belga sobre o procedimento do filtro paliativo frente a solicitações de eutanásia por parte de pacientes competentes e em fase final de vida. Antes de apresentar o quadro do contexto legal e das políticas públicas da Bélgica e Holanda sobre eutanásia, sugere-se que para conhecer a especificidade das legislações daqueles países é recomendável a leitura da obra *Problemas atuais de bioética*, de Pessini e Barchifontaine ⁶, na qual estas leis são reproduzidas na íntegra, na seção de ane-

xos. Trata-se da primeira obra de bioética no âmbito da saúde publicada no Brasil.

Situação atual da prática da eutanásia na Holanda

O artigo *End-of-life practices in the netherlands under the euthanasia act* ⁷, publicado por Agnes van der Heide e colaboradores em 2007 no *The New England Journal of Medicine*, traz dados sobre práticas de final de vida na Holanda. Mostra que em 2005, do total de mortes ocorridas no país, 1,7% resultava de eutanásia e 0,1%, de suicídio medicamente assistido. Curiosamente, essas percentagens são significativamente menores que as registradas em 2001, quando 2,6% de todas as mortes eram resultado da prática da eutanásia e 0,2%, de suicídio medicamente assistido. De todas as mortes, 0,4% resultava do terminar a vida sem uma solicitação explícita do paciente.

A sedação contínua e profunda foi utilizada em conjunção com possível apressamento da morte em 7,1% de todas as mortes em 2005, porcentagem significativamente maior que os 5,6% registrados em 2001. Em 73,9% de todos os casos de eutanásia ou suicídio assistido em 2005, a vida foi terminada com a utilização de relaxantes neuromusculares ou barbitúricos. Opioides foram utilizados em 16,2% dos casos e 80,2% de todos os casos de eutanásia ou suicídio assistido foram registrados.

Na Holanda, os números de casos de eutanásia e suicídio assistido em 2005 somam 2.297 e 113, respectivamente, perfazendo 2.410 casos. Os comitês de revisão avaliaram 1.933

deles, o que corresponde a 80,2%. Em 28 casos os médicos foram questionados a respeito das razões para não registrar a prática da eutanásia nos prontuários e em 76,1% deles responderam que não entendiam seus atos como abreviando a vida. Outras razões alegadas foram as de que os médicos tinham dúvidas sobre se os critérios cuidadosos para a prática foram seguidos (9,7%) ou se o profissional considerou os procedimentos adotados no final da vida como um acordo privado entre o médico e o paciente (6,65). Quando perguntados sobre a escolha do termo mais apropriado para os casos classificados como eutanásia ou suicídio assistido, 76,2% dos médicos escolheram *eutanásia*, *suicídio assistido* ou *terminando a vida*. Práticas de final de vida nos casos remanescentes foram nomeadas como *alívio dos sintomas* ou *sedação paliativa ou terminal*⁷.

Legislação na Bélgica

Algumas definições constantes na legislação belga sobre a eutanásia, promulgada em 22 de setembro de 2002, nos possibilitam melhor entender em que consiste, na essência, a proposta de implementação do filtro dos cuidados paliativos frente a solicitações de eutanásia. Quanto à definição de eutanásia, o art. 2º especifica que *para os fins da aplicação desta lei, 'eutanásia' é definida como o ato, realizado por terceiros, que faz cessar intencionalmente a vida de uma pessoa a pedido desta pessoa*. Já o art. 3º, seção 1, define as condições para o exercício da eutanásia, especificando que *o médico que executa uma eutanásia não está praticando um ato ilegal se tiver se assegurado de que:*

- O paciente é adulto ou menor emancipado e tem plena capacidade e consciência na época de seu pedido;
- O pedido é feito voluntariamente, ponderado e reiterado, e não resulta de pressão externa;
- O paciente se encontra numa condição médica irremediável e se queixa de sofrimento físico ou mental constante e insuportável que não pode ser minorado e que resulta de uma condição acidental ou patológica grave e incurável;
- *Atendeu aos requisitos e procedimentos determinados por esta lei.*

A seção 2 contém a descrição de condições bem detalhadas dos requisitos a serem respeitados pelo médico que pratica a eutanásia. Este deve em primeiro lugar e em todos os casos:

1. *Informar o paciente sobre seu estado de saúde e sua expectativa de vida, discutir com o paciente seu pedido de eutanásia e as medidas terapêuticas que ainda possam ser consideradas, bem como a disponibilidade e as consequências dos cuidados paliativos. O médico deve chegar, em conjunto com o paciente, à convicção de que não há outra solução razoável para a situação e de que o pedido do paciente é inteiramente voluntário;*
2. *Ter determinado a natureza persistente do sofrimento físico ou mental do paciente, bem como o desejo reiterado deste. Com esse objetivo, o médico deverá realizar várias entrevistas com o paciente, espaçadas por um intervalo razoável, levando em conta a evolução da condição do paciente;*

3. *Consultar outro médico com relação à natureza grave e incurável da condição, especificando a razão para a consulta. O médico consultado deverá estudar o histórico, examinar o paciente e determinar a natureza persistente, insuportável e não minorável do sofrimento físico ou mental do paciente. Depois disso, deverá escrever um relatório sobre o que descobriu. O médico consultado tem de ser independente tanto do paciente como do médico encarregado do tratamento, bem como competente no tocante à condição patológica do paciente. O médico encarregado do tratamento deverá informar ao paciente os resultados dessa consulta;*
4. *Se estiver envolvida uma equipe de tratamento, o médico encarregado do tratamento deverá discutir o pedido do paciente com a equipe ou com alguns de seus membros;*
5. *Se for desejo do paciente, o médico encarregado do tratamento deverá discutir o pedido do paciente com as pessoas a ele próximas, por ele designadas;*
6. *Determinar que o paciente teve a oportunidade de discutir seu pedido com essas pessoas.*

Filtro paliativo para os pedidos de eutanásia de pacientes competentes em fase terminal

O procedimento do filtro dos cuidados paliativos baseia-se na experiência da Federação Belga/Flamenga de Cuidados Paliativos. Esta organização pluralista tem exercido papel bastante ativo naquele país, no sentido de que os serviços de saúde proporcionem cuidados paliativos para todos os que necessitem, e

defende a iniciativa de incluir o filtro paliativo na lei belga da eutanásia.

O procedimento do filtro paliativo parte da ideia de que se deve fazer tudo o que for possível para apoiar e assistir o paciente competente que está em fase final de vida e solicita a eutanásia. Esse apoio deve-se estender a seus familiares. O objetivo é que tal abordagem ativa e integral de cuidados paliativos pode tornar irrelevante, em muitos casos, o próprio pedido de eutanásia, permitindo que o paciente morra sem a abreviação da vida.

O objetivo do procedimento do filtro dos cuidados paliativos é assegurar que todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, *experts* em cuidados paliativos) conversem sobre a solicitação de eutanásia e as alternativas de cuidados paliativos. Portanto, o cuidado a um paciente que solicita eutanásia deve incluir a consulta a uma equipe de cuidados paliativos especializados, com o objetivo de analisar as reais necessidades do mesmo.

A questão da dor e do sofrimento é um dos desafios sempre presentes e a proposição de terapêuticas de alívio se torna um imperativo ético. Para tanto, se faz necessário: a) disponibilizar para os pacientes em fase final todos os meios de alívio e controle de sintomas angustiantes; b) reconhecer que o cuidado do paciente e o alívio de seu sofrimento não é meramente uma questão médica; c) o cuidado oferecido visa ao bem-estar físico, mental e espiritual e, nesta perspectiva, todas as profissões têm algo de específico a contribuir numa abordagem efetiva e sensível para o paciente e sua família.

Por este motivo, o médico precisa solicitar, bem no início do processo, a expertise de uma equipe de cuidados paliativos para discutir possibilidades paliativas e aplicá-las de forma a aliviar o sofrimento do paciente tanto quanto possível. Quando fica claro que a dor e a angústia (*distress*) não podem ser adequadamente combatidas usando métodos paliativos normais, a técnica da sedação paliativa pode ser considerada. As razões mais frequentes para se introduzir a sedação são o *delirium*, a dispneia e a dor, mas também sintomas psicológicos podem ser levados em conta.

Quando se solicita a abreviação da vida

Uma solicitação de eutanásia é, antes de tudo, um sinal que o paciente emite para elucidar sua visão em relação a estar doente, com dor física ou possibilidade de deterioração que pode ocorrer em uma situação sem esperança. Assim, cada solicitação deve estar aberta à discussão mesmo no caso de o paciente ainda estar medicamente longe da fase final. É fundamental que os profissionais de saúde envolvidos manifestem a vontade de ouvir o paciente que solicita a eutanásia enquanto, ao mesmo tempo, precisam assegurar-se de que sua decisão por essa opção se baseia numa escolha isenta, autônoma, livre e informada. Neste momento os seguintes questionamentos devem ser feitos:

- Que motivação está na base do pedido de eutanásia? Trata-se de uma solicitação de realmente por um fim à sua vida ou o paciente está implorando por aconselha-

mento sensível nos últimos dias ou semanas de vida?

- O paciente tem informações suficientes (por ex. diagnóstico e prognóstico) que embasem a solicitação?
- O paciente está mentalmente competente no momento em que faz a solicitação?
- O paciente discutiu a solicitação de eutanásia com outras pessoas?
- O pedido é voluntário? Não existe nenhuma questão de qualquer forma de coerção ou pressão?

Quando é o caso de ingressar com procedimento paliativo

Ao se considerar a necessidade de iniciar o procedimento paliativo, é fundamental ter em conta diversos aspectos, que podem ser sintetizados nos seguintes passos:

- a. Possibilidades concretas de cuidados paliativos são discutidas à exaustão pelo médico responsável com a equipe de cuidados paliativos da instituição
 - Que diagnóstico e prognóstico são dados para a doença?
 - Quais sugestões podem ser oferecidas em termos de tratamento dos sintomas?
 - Que tratamentos alternativos ainda podem ser oferecidos ao paciente?
- b. O paciente está completamente informado pelo médico que o atende sobre todos os aspectos de sua situação de saúde e as possibilidades existentes de cuidados paliativos

Nestes casos o paciente terá o apoio da equipe de cuidados paliativos, bem como a oportunidade clara de consultar esta mesma equipe. Assim, deve ser-lhe comunicado com quem pode tirar dúvidas, que tipo de cuidado pode esperar e o que acontece se não mais puder decidir sobre si próprio.

- c. Se o paciente desejar, o médico discutirá a solicitação de eutanásia com os amigos e familiares que ele designar

Nestas circunstâncias é importante que o profissional assegure-se de que o paciente pode responder às seguintes perguntas:

- Como entende a situação de sua doença?
 - Que informações tem sobre a doença e o prognóstico?
 - Que conhecimentos tem sobre as possibilidades de cuidados paliativos?
 - O que os parentes acham a respeito de seu pedido de eutanásia?
 - Como seus parentes podem receber apoio?
- d. O médico atendente irá discutir exaustivamente a solicitação de eutanásia e a situação do paciente com a equipe de enfermagem

Os enfermeiros devem saber que têm o direito de seguir a própria consciência em relação à solicitação de eutanásia e eventualmente exercer sua objeção. O eventual envolvimento com a prática da eutanásia nunca pode ir além dos cuidados de enfermagem; eles podem lidar com as emoções que uma solicitação de eutanásia traz consigo.

Este procedimento, apenas descrito, garante que será oferecida a possibilidade de bons cuidados paliativos a todos os pacientes em fase terminal que o necessitem.

- e. E se o pedido de eutanásia persistir?

A experiência das equipes de cuidados paliativos evidencia que uma abordagem ativa e integral (incluindo sedação) pode, em muitos casos, tornar irrelevante a solicitação para a eutanásia, permitindo ao paciente morrer naturalmente, sem abreviação de vida.

Intenta-se que o procedimento do filtro paliativo funcione como medida preventiva em relação às solicitações de eutanásia e ofereça a melhor garantia de adequada proteção da pessoa humana. A sedação paliativa parece funcionar como alternativa extremamente valiosa à prática da eutanásia, reduzindo ao mínimo os chamados casos de necessidade (*casus perplexus*). Se, nos casos raros e excepcionais, acontecerem tais estados de necessidade, o médico poderá enfrentar um dilema de consciência. *Nestas situações extremamente dramáticas respeitamos a decisão tomada em boa consciência pelo médico*⁸.

Observações em relação ao filtro paliativo belga

O debate ético a respeito da eutanásia na Bélgica e Holanda leva a perceber que doravante os profissionais de saúde serão sempre mais confrontados com solicitações desta natureza, bem como as voltadas a aliviar a dor e o sofrimento. O procedimento do filtro paliativo, utilizado na Bélgica, contribui para maior

transparência em relação ao desenvolvimento de diretrizes práticas escritas sobre decisões médicas no final da vida. O que está em sintonia com a tendência mundial da medicina moderna: elaborar diretrizes que orientem os médicos em situações-limite e críticas de cuidados de saúde. A necessidade dessas diretrizes, além de serem importantes e úteis como guia prático de intervenção em cuidados críticos de saúde, servem como marco de qualidade nos cuidados da assistência à saúde.

É recente o reconhecimento internacional da necessidade de diretrizes práticas voltadas a como lidar com solicitações de pacientes para intervenções no final de vida. Um estudo demonstra que 63% dos hospitais belgas/flamengos possuem diretrizes éticas sobre a eutanásia, o que é facilitado pelo fato de naqueles países existir legislação a respeito. Os hospitais de confessionalidade cristã implementam cuidados paliativos e o procedimento do filtro paliativo é interessante neste aspecto. Em relação à prática da eutanásia, exercem o que se chama de *objeção de consciência*, isto é, não a praticam.

Embora o procedimento do filtro do cuidado paliativo seja prioritariamente orientado para a prática, sua aplicação clínica evidencia que os campos da medicina, da ética e da lei estão inter-relacionados. Os profissionais de saúde o utilizarão para aprimorar a qualidade dos cuidados oferecidos. Observa-se que suas decisões acerca do final da vida não são puramente *técnicas e médicas*, mas também *éticas*, pois em sua substância lidam com valores humanos e exigem criteriosos discernimentos

éticos, tais como dignidade humana, sentido de vida, qualidade de vida – valores que transcendem o discurso clínico científico.

O enfoque utilizado no procedimento do filtro de cuidados paliativos é de *bioética clínica*⁶. Centra-se nos aspectos éticos da situação clínica factual, com atenção às expectativas dos pacientes, bem como nas experiências pessoais e profissionais dos profissionais de saúde⁸.

É interessante registrar que exceto na Holanda não existem estudos a respeito da experiência dos profissionais de saúde com diretrizes clínicas práticas em cuidados de final de vida. A contribuição desses profissionais é de extrema importância, pois foca a atenção em importantes aspectos do conteúdo e objetivos das diretrizes. Isto significa que as instituições de saúde devem conceber os cuidados paliativos como uma abordagem ativa e integral a ser adotada nos pacientes em fase terminal. A solicitação do procedimento do filtro de cuidados paliativos só é credível se o mesmo estiver suficientemente desenvolvido e estruturado no contexto das instituições de saúde, quer sejam hospitais, clínicas e/ou ambulatoriais.

Precisamos, contudo, lembrar que o procedimento do filtro do cuidado paliativo não é resposta para todos os problemas clínicos. Uma das situações mais difíceis é aquela em que pacientes solicitam a eutanásia e recusam a utilização de qualquer medida paliativa. Nesses casos, existem condições clínicas e vontade de prover cuidados paliativos, recusados pelo paciente. Como dito anteriormente, esta situação é denominada como *casus per-*

plexus. Outro aspecto a ser destacado é que este procedimento é específico apenas para pacientes que sejam competentes e estejam na fase final de vida, não podendo ser aplicado frente a solicitações de eutanásia em pacientes por outros motivos.

Comentários finais

Cresce no Brasil o interesse da medicina pela prática dos cuidados paliativos. Alguns programas de cuidados paliativos são aplicados em instituições públicas – cujo número está aumentando sensivelmente – e já dispomos de várias publicações sobre o assunto. No primeiro caso é importante destacar o trabalho de organizações como a Academia Nacional de Cuidados Paliativos e a Sociedade Brasileira de Cuidados Paliativos, que desde 2004 e 1997, respectivamente, militam na área organizando congressos, simpósios e elaborando diretrizes de atuação. É fundamental indicar a contribuição da reflexão realizada no âmbito do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), que resultou em publicação sobre cuidados paliativos em 2008⁹, bem como o da própria Academia Nacional de Cuidados Paliativos, que lançou um manual em 2009⁵.

Em grande parte, o movimento voltado à prática de cuidados paliativos é impulsionado pelo próprio desenvolvimento da medicina tecnológica, que, reconhecendo seus limites em termos de não conseguir a cura em muitos casos, cessa de investir terapêuticamente para não agredir a dignidade das pessoas. A morte não é uma doença e não deve ser tratada como

tal. A manter-se esta mentalidade, estaremos querendo encontrar a cura para a morte, o que é impossível.

Paralelamente, a filosofia de cuidados paliativos mostra que se pode estabelecer uma relação mais saudável com a realidade de final da vida, superando os medos e tabus que apresentam a morte sempre como inimiga, um fracasso ou revelação de incompetência profissional. Em que pesem as diferenças culturais, sempre presentes e que dão soluções também distintas dependendo da particularidade do contexto, é importante e saudável conhecer como outros países estão respondendo à necessidade humana fundamental de humanizar os cuidados no final de vida na dimensão de suas políticas públicas. É o caso examinado nesta reflexão sobre cuidados paliativos, que considerou a realidade de dois países que têm a eutanásia legalizada.

Não somos doentes e nem vítimas da morte: é saudável sermos peregrinos na existência¹⁰. Mas isto não quer dizer que podemos passivamente aceitar a morte como consequência do descaso pela vida, decorrente da violência, acidentes e/ou pobreza. Neste contexto, é necessário, senão imprescindível, cultivar sempre uma santa indignação ética. Tal atitude frente ao desprezo pela vida é marca indelével de nossa humanidade.

Entretanto, precisamos ter em mente que se podemos ser curados de uma doença classificada como mortal, não podemos abster-nos de nossa mortalidade. Quando nos esquecemos desse fato, acabamos por cair na tecno-

latria e absolutização da vida biológica, pura e simplesmente. Tomados por essas representações mentais, insensatamente procuramos a cura da morte e não sabemos mais o que fazer com os pacientes que se aproximam do adeus à vida. É a obstinação terapêutica (distanásia) adiando o inevitável, que acrescenta somente mais sofrimento ao doente, confundindo quantidade de vida com qualidade de vida.

Um pensamento de Cicely Saunders, a grande pioneira do movimento moderno do *hospice*, traduz com muita felicidade a essência da filosofia dos cuidados paliativos: *Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que está ao nosso alcance não somente para ajudar a você morrer em paz, mas também para você viver até o dia da morte*¹¹. Essa inspirada e compassiva reflexão nasce da recém-descoberta sabedoria sobre a terminalidade da vida, que compreende aceitação e

assimilação do cuidado da vida humana no adeus final.

Tal reflexão desponta como o caminho aristotélico da virtude entre dois limites opostos. De um lado, a convicção profunda de *não abreviar intencionalmente a vida* (eutanásia); de outro, a visão para *não prolongar o sofrimento e adiar a morte* (distanásia). Entre o não abreviar e o não prolongar está o *amarás* com suas dores e recompensas...

É um desafio difícil aprender a amar o paciente na fase final de vida sem exigir retorno, com a gratuidade com que se ama um bebê, num contexto social em que tudo é medido pelo mérito! Porém, ante tal missão não se deve esquecer que o sofrimento humano só se torna intolerável quando ninguém dele cuida. Com o mesmo desvelo com que fomos cuidados ao nascer, precisamos também ser cuidados para morrer. Não podemos esquecer que a chave para o bem morrer está no bem viver.

Resumen

Tratando con pedidos de eutanasia: la inserción del filtro paliativo

El presente artículo discute cuestiones éticas relacionadas con el final de la vida humana, presentando datos de Holanda y Bélgica, países que poseen legislación específica y políticas públicas en relación a la práctica de la eutanasia. Destaca, de forma especial, la experiencia belga a respecto de la introducción, en el sistema de salud, del procedimiento del filtro paliativo frente a solicitudes de eutanasia a partir de pacientes competentes y en fase final de vida. Concluye apuntando que no obstante la persistencia de los llamados *casus perplexus*, o sea, el no desistir de la solicitud de eutanasia, la propuesta de cuidados paliativos torna irrelevantes e innecesarias muchas de esas solicitudes.

Palabras-clave: Eutanasia. Cuidados paliativos. Derecho a morir.

Abstract

Dealing with euthanasia requests: the insertion of palliative filter

This article discusses ethical issues related to the end of human life, presenting data from the Netherland and Belgium, countries that have specific legislation and public policies related to euthanasia practice. It highlights, particularly, Belgium experience regarding the introduction within the health system of the palliative filter procedure in face of euthanasia requests from competent patients who are in their final stage of life. It concludes by indicating that, despite persistence of the so-called 'casus perplexus', that is, of not giving up on euthanasia request, the proposal of palliative care becomes irrelevant and uncalled for in many of these requests.

Key words: Euthanasia. Palliative Care. Right to die.

Referências

1. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2010. Brasília: CFM; 2010.
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006 [internet]. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Resolução suspensa por decisão liminar do m. juiz dr. Roberto Luis Luchi Demo, nos autos da Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal, movida pelo Ministério Público Federal [acesso 20 mar 2010]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.htm.

3. Bernhelm J, Deschepper R, Distelmans W, Mullie A, Bilsen J, Deliens L. Development of palliative care and legalization of euthanasia: antagonism or synergy? *BMJ* 2008 Apr;336(18):864-7.
4. Van Den Block L. Euthanasia and other end of life decisions and care provided in final three months of life: nationwide retrospective study in Belgium. *BMJ* 2009;339:b2772.
5. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. São Paulo: ANCP; 2009. 320P.
6. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 9ª ed. São Paulo: Loyola; 2010. p. 512.
7. Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, van Delden JJM, Wolf JEH et al. End-of-life practices in the Netherlands under the euthanasia act. Special Article. *N Engl J Med* 2007;356(19):1957-65.
8. Schotsmans P, Gastman C. How to deal with euthanasia requests: a palliative filter procedure. *Camb Q Helthc Ethics* 2009;18(4):425.
9. Oliveira RA, coordenador. Cuidado paliativo. São Paulo: Cremesp; 2008. (Cadernos do Cremesp).
10. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2009.
11. Saunders C. Into the valley of shadow of death: a personal therapeutic journey. *BMJ* 1996 Dec;313:1599-601.

Recebido: 26.3.2010

Aprovado: 17.6.2010

Aprovação final: 24.6.2010

Contato

Leo Pessini - pessini@saocamilo-sp.br

Centro Universitário São Camilo - Reitoria. Rua Raul Pompéia, 144 CEP 05025-010. São Paulo/SP, Brasil.