

Coordenadora do curso de Direito do Centro Universitário São Camilo, Marina de Neiva Borba, discute direitos dos pacientes que têm doença incurável a partir de regulamentações já consolidadas no País

Nas últimas semanas, o tema “cuidados paliativos” esteve em destaque na imprensa nacional e internacional. Segundo definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), esta modalidade de assistência à saúde integral é ofertada no momento do diagnóstico de uma doença grave que ameace a vida da pessoa.

Em outras palavras, trata-se dos “cuidados de suporte”, no qual o tratamento prevê o alívio da dor e do sofrimento físico, social, psicológico e espiritual. É o caso de doenças como o câncer em estágio avançado e metastático, cujo tratamento engloba a qualidade de vida do paciente e seus familiares durante a sobrevivência, e não a cura da doença.

“Cuidados paliativos são um direito de todo o paciente no Brasil, ainda que não haja legislação específica federal sobre o tema. Existem normas constitucionais - o princípio da privacidade e a regra da vedação a tratamentos desumanos e degradantes - que respaldam tal direito. Do ponto de vista da bioética clínica, a melhor conduta será aquela tomada de forma compartilhada entre o paciente - quando ele ainda tiver plena autonomia -, os seus familiares ou representantes legais e a equipe multidisciplinar que estiver prestando os cuidados paliativos. O processo de tomada de decisão compartilhada respalda-se, então, no modelo de cuidado centrado no paciente de modo que os seus interesses e preferências de tratamento ou recusa de tratamento serão levados em consideração”, explicou a advogada Marina de Neiva Borba, coordenadora do curso de Direito do Centro Universitário São Camilo e doutora em Bioética.

A regulamentação como apoio

Em alguns estados brasileiros, como São Paulo, foram editadas leis que reconhecem os direitos do paciente. Um exemplo é a Lei Nº 10.241, de março de 1999, conhecida popularmente como “Lei Mário Covas”, que determina os direitos dos usuários das ações e serviços de saúde no Estado. Neste caso, os pacientes em cuidados paliativos podem “consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados; receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa; recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários [sem benefícios para a saúde e bem-estar] para tentar prolongar a vida e, por fim, optar pelo local de morte”.

De acordo com a advogada, “como esta lei estabelece expressamente o direito de recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, incluindo tratamentos dolorosos e extraordinários, ela respalda a declaração de vontade do paciente formalmente manifestada em uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), regulamentada pela Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), popularmente conhecida como testamento vital. Nesta manifestação de vontade, feita quando o paciente ainda estiver lúcido, as suas vontades e preferências de tratamento ou não tratamento deverão ser respeitadas pelos familiares, amigos, médicos e instituições de saúde público e privadas”, esclareceu.

Quando o paciente adulto não tiver manifestado a sua DAV e não estiver mais lúcido para tal, os representantes legais têm ao seu lado a Resolução 1805/2006 do CFM, que permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, desde que seja respeitada a decisão do seu representante legal, garantindo-se os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento sob a perspectiva de assistência integral.

“Neste sentido, é possível que profissionais da equipe multidisciplinar, pacientes e representantes legais - que geralmente são familiares ou amigos - se reúnam para deliberar de forma compartilhada os cuidados de saúde a serem tomados ou descontinuados, lembrando que o médico

é obrigado a oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, de acordo com o artigo 41 do atual Código de Ética Médica”, esclareceu Marina de Neiva Borba.

Desligar ou não os aparelhos? Eis a questão!

No Brasil, as discussões sobre a suspensão ou não implementação de suporte artificiais de vida têm sido cada vez frequentes: somente neste ano de 2022, em maio e em agosto, houve manifestações por entidades médicas especializadas acerca da retirada da alimentação e hidratação artificiais, certamente, uma das mais polêmicas formas de recusa de tratamento por ser corriqueiramente confundida com a prática da eutanásia.

Para a coordenadora do curso de Direito do Centro Universitário São Camilo, que também é especialista em Bioética, é importante refletir e manifestar os seus desejos de fim de vida ao médico da família para que a decisão sobre a manutenção ou não de um tratamento possa ser tomada de forma clara e tranquila por todas as pessoas envolvidas no cuidado.

“Nos casos de tratamento que não gerem benefícios ao paciente, mas que apenas prolongam o seu sofrimento, a recusa terapêutica deve ser concretizada para que a doença de base da pessoa possa cumprir o seu percurso natural sem um prolongamento fútil e obstinado. Nestes casos, podem ser considerados recusa de tratamento: o desligamento do suporte de ventilação artificial, suspensão da nutrição e hidratação artificiais, a recusa à hemodiálise ou à amputação de membros, as ordens de não ressuscitação, dentre outros”, explicou a especialista.

Para a implementação de uma cultura de respeito à dignidade da pessoa no final de sua vida, é preciso mais debates entre membros das sociedades médicas e da sociedade política e civil para a consolidação de uma legislação específica sobre o tema de forma a garantir mais segurança jurídica aos profissionais da saúde.

Fonte: Activa, em 28.12.2022