

Ano 6, Vol XI, Número 2, Jul- Dez, 2013, Pág. 146-158.

## A ORTOTANÁSIA EM QUESTÃO: REFLEXÕES A PARTIR DE PACIENTES SOROPOSITIVOS TERMINAIS

**Djuliane Maria Gil Schaeken Rosseti**

Acadêmica de Psicologia/UFAM

**Haroldo de Araújo Abreu Neto**

Acadêmico de Direito/UFAM

**Denise Machado Duran Gutierrez**

Professora de Psicologia/ UFAM

**Resumo:** A temática da morte ainda é vista como tabu em muitos lugares, ainda mais quando associada ao conceito de HIV/AIDS. Mesmo com toda a evolução na medicina percebe-se um movimento contrário à redução no percentual de contaminação pelo vírus HIV. À esta parcela da população o Sistema Único de Saúde SUS assegura uma rede de acompanhamento e tratamento farmacológico gratuito. Nos casos de não aderência ao tratamento, o corpo sofre. Visando reverter o quadro clínico, a equipe médica faz uso de todos os seus conhecimentos, mas nem sempre obtém êxito. Como a medicina deve agir frente à proximidade da morte? Pensando nessa questão, objetivou-se compreender a visão dos profissionais da medicina da FMT-HVD acerca da ortotanásia e de que forma as ações voltadas para este tema contribuem para o processo de humanização no contexto hospitalar. Para tal, optou-se por construir, através de uma metodologia qualitativa, um roteiro de entrevista semiestruturada capaz de vislumbrar a relação médico-paciente, o processo de vida e morte, a tomada de decisão e os cuidados paliativos dispensados. Pretendemos aqui oferecer uma visão acerca dos caminhos que a Medicina tem tomado, desde a introdução em 2009 da Resolução n. 1.931 em seu Código de Ética, responsável pelo aporte de princípios Humanistas, envolvendo inclusive a Ortotanásia. Ademais, discutimos o tema tendo em vista a Política Nacional de Humanização que preconiza a valorização, autonomia e protagonismo dos diversos atores implicados na cena da produção de cuidados à saúde. Procura-se aqui fomentar um debate que enriqueça a qualidade de ação do profissional da saúde, facilitando o diálogo médico-paciente-família e abrindo espaço para a conscientização da perspectiva da Humanização no âmbito da Medicina Brasileira. Nesse escrito apresentamos apenas a sessão de revisão teórica que fundamenta o trabalho.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS, Bioética, Ortotanásia.

## THE ORTHONASIA IN QUESTION: REFLECTIONS FROM TERMINAL HIV-POSITIVE PATIENTS

**ABSTRACT:** The topic death is still considered a taboo in many places, especially when associated to the concept of HIV/AIDS. Even with the development in Medicine it is noticed that there is a movement against the reduction in the percentage of contamination by the HIV virus. The SUS (Unique Health System) provides a chain of accompaniment and free medical treatment. If there is no treatment, the body will suffer. With the aim of reverting the disease, doctors use all their knowledge, but they are not successful in some cases. How may Medicine proceed when death is eminent? Thinking about this issue, it was aimed to understand the vision of professionals of Medicine of FMT-HIV about orthonasia and how actions on this theme contribute to the process of humanization in the hospital context. For this reason a qualitative methodology was chosen in order to organize a semistructured interview able to gleam a doctor-patient relation, the process of life and death, making a decision and the care done as stopgaps. We intend to offer a vision on the ways Medicine has used, since the introduction in 2009 in the Resolution n° 1.931 in its Ethical Code, responsible by the Humanitarian principles, also involving Orthonasia. Besides, we have discussed the theme considering the National Humanization Politics that praises the value, autonomy and the protagonism of the several actors involved in the scene of the

production of health care. The intention is to create a debate that enriches the quality of action of the health professional, making the dialogue doctor-patient-family easy and opening space for the consciousness of the perspective of Humanization in Brazilian Medicine nationwide. Here we only show the session of theoretical review where this work is based on.

**Keywords:** HIV/AIDS, Bioethics, Orthonasia.

### *O contexto do estudo...*

Mesmo com toda a evolução na medicina, facilidade no acesso à informação e a descaracterização da AIDS enquanto doença própria de grupos de risco, percebe-se um movimento contrário à redução no percentual de contaminação pelo vírus HIV. Independente de gênero, raça, cor ou credo, essa é uma enfermidade que vem ganhando destaque dentro da sociedade.

A Fundação de Medicina Tropical – Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), localizada na cidade de Manaus, estado do Amazonas, tem por foco principal o acompanhamento médico aos portadores do vírus HIV. Por ser uma doença que ainda não tem cura, os corredores da instituição ainda são permeados pela ideia da morte.

O papel do médico se torna fundamental, visto que é este que se encontra na linha de frente da promoção de saúde e é o que possui maior contato e oportunidade de diálogo com o paciente soropositivo. Desta forma, este profissional deve estar preparado para lidar com as adversidades, principalmente nas situações que tangem ao processo de morte.

Tendo em vista a escassez de trabalhos acerca da ortotanásia e das ações médicas a ela associadas no contexto específico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) no estado do Amazonas, objetivou-se desenvolver um trabalho onde o foco repousa sobre a visão dos profissionais da medicina acerca da ortotanásia. Questionamos ainda: 1. de que forma as ações voltadas para este tema contribuem para o processo de humanização no contexto hospitalar, envolvendo os aspectos que tangem a compreensão do processo de morte e vida sob o olhar da medicina; 2. a conceituação, de acordo com a visão médica, das ações em ortotanásia e de que forma tais ações estão de acordo com a ética médica; e, finalmente: 3. a abordagem dos benefícios dos cuidados paliativos para os pacientes soropositivos que se encontram em estágio avançado da doença.

Em razão da delicadeza do tema abordado, optou-se por uma abordagem qualitativa, uma vez que este tipo de abordagem tem como enfoque principal a análise e interpretação de aspectos mais profundos do ser humano (LAKATOS e MARCONI,

2010). O estudo qualitativo proporciona, ademais, a visualização de um quadro rico em dados descritivos, permitindo assim a contextualização da realidade, abrangendo os aspectos a serem pesquisados e cumprindo os objetivos propostos.

Apresentamos aqui apenas parte da discussão teórica que fundamenta a investigação, a qual se constrói a partir de conceituações e perspectivas que envolvem o tema, dialogando com base nas informações da literatura, obtidas sobre a temática nos últimos anos. A ideia de base é proporcionar um conhecimento amplo sobre o assunto, tanto para a sociedade, quanto aos profissionais de saúde, bem como melhor informar o setor da saúde e promover ações que incentivem o processo de humanização nas instituições de saúde.

### ***Conhecendo o HIV/AIDS***

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), mais conhecida pelo termo inglês *AIDS*, é uma doença crônica que ataca o sistema imunológico. Sua causa é atribuída ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), que adentra o corpo e destrói as células de defesa do organismo, impedindo que o mesmo combata contra outras doenças. Ao destruir tais células, o vírus recombina o seu DNA ao delas, estimulando a sua multiplicação e dando continuidade à infecção.

Ser portador do HIV não significa estar com AIDS. Há muitos pacientes soropositivos que passam um longo tempo sem desenvolver a doença ou apresentar quaisquer sintomas. Contudo, isso não quer dizer que o vírus não esteja presente. É preciso tomar os cuidados necessários para não transmiti-lo a terceiros, atentando para as principais formas de contágio, que são a relação sexual desprotegida e o contato sanguíneo – onde, de acordo com os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, os maiores índices partem do compartilhamento de seringas contaminadas ou, no caso de mulheres, de mãe para filho durante a gravidez ou amamentação.

De acordo com Menegatto (2006), o processo de saúde/doença do indivíduo soropositivo é composto por quatro fases: *síndrome retroviral aguda*, *assintomática*, *sintomática precoce* e *sintomática tardia*. Na primeira fase, há uma diminuição das células que asseguram a defesa do corpo (linfócitos T CD4) e aumento dos níveis da carga viral, dando margem para o surgimento dos primeiros sinais da doença. Seus sintomas, por muitas vezes, assemelham-se aos de uma gripe, deixando que os mesmos passem despercebidos. A fase assintomática é caracterizada pela rápida interação entre as células de defesa e as diversas mutações do vírus. Nesse período, a presença do vírus

se faz de forma equilibrada, não enfraquecendo o organismo a ponto de permitir o aparecimento de novas doenças. Já na terceira fase, sintomática precoce, percebe-se a redução dos linfócitos T CD4. O corpo fica mais fraco e vulnerável à infecções comuns, podendo ser acometido de febre, diarreia, vômitos e emagrecimento. A evolução deste quadro nos leva a última fase, onde a baixa imunidade abre espaço para o surgimento das doenças oportunistas e define o quadro conhecido como AIDS.

Desde a descoberta da AIDS, na década de 80, muito se tem evoluído e, mesmo que ainda não se tenha um conhecimento no que diz respeito à cura, a medicina conta com o auxílio de um tratamento medicamentoso muito eficaz. No entanto, cabe ao paciente o compromisso de dar continuidade ao acompanhamento médico, assim como ao uso farmacológico.

Nos casos em que o indivíduo não adere ao tratamento, o corpo enfraquece e há uma baixa da imunidade, facilitando o surgimento das já mencionadas doenças oportunistas - exemplificadas pela tuberculose, neurotoxoplasmose, pneumonia, hepatite, assim como outras DST's. E, por muitas vezes, o corpo já está tão debilitado que já não se obtém resposta para a medicação, podendo vir ainda a prejudicá-lo.

### ***Morte e vida em um contexto de doença***

Durante muito tempo, a morte foi vista como uma instância irremediável, onde o paciente deveria apenas deitar e esperar que a doença e o sentimento de morte tomasse conta do seu corpo. Ela era compreendida como algo natural, parte do ciclo da vida. Dessa forma, era possível para o moribundo apontar para o que deveria ser feito em seus últimos dias. Com os avanços da tecnologia e as descobertas modernas, tornou-se muito difícil aceitar a proximidade da morte. Tanto familiares quanto profissionais de saúde tem lutado com unhas e dentes para defender a vida de um paciente, como também amenizar os sintomas e os temores de indivíduos já desenganados. Passa-se a temer, mais que a própria morte, a morte do outro.

Mas afinal, o que é a Morte? Em um aspecto biológico, a morte pode ser observada não só em todo um organismo, como também em parte dele. É possível observar um organismo sobrevivendo mesmo quando células individuais ou órgãos não são mais considerados em atividade, uma vez que grande parte dessas células podem ser facilmente substituídas.

A substituição de células, através da [divisão celular](#), é definida pelo tamanho dos [telômeros](#) e ao fim de um certo número de divisões, cessa. Ao final deste ciclo de renovação celular, não há mais

replicação, e o organismo terá de funcionar com cada vez menos células. Isso influenciará o desempenho dos órgãos num processo degenerativo até o ponto em que não haverá mais condições de propagação de sinais químicos para o funcionamento das funções vitais do organismo; implicando a chamada morte natural, por [velhice](#). (SCHMIDT, GABARRA e GONCALVES 2010).

A morte pode ser vista, ainda, como a extinção total e permanente das funções vitais, sendo elas: cerebral, respiratória e circulatória. Desta forma, a nova tecnologia médica atualmente compreende a morte como *morte cerebral*, *morte clínica* ou *parada cardíaca irreversível*.

Contudo, Combinato e Queiroz (2006) trazem uma perspectiva diferente sobre o tema ao afirmar que,

... o ato de morrer, além de um fenômeno biológico natural, contém intrinsecamente uma dimensão simbólica, relacionada tanto à psicologia quanto às ciências sociais. Enquanto tal, a morte apresenta-se como um fenômeno impregnado de valores e significados dependentes do contexto sociocultural e histórico em que se manifesta. [...] Para o homem ocidental moderno, a morte passou a ser sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Tenta-se vencê-la a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingido, ela é escondida e negada (p.209-210).

Essa não aceitação da morte muda todo um cenário: o indivíduo já não morre mais em casa, entre seus familiares, e opta-se por esperar o fim dentro de um hospital. À medida que a saúde é conceituada enquanto bem-estar físico, mental e social, torna-se de fundamental importância a concretização de um trabalho multidisciplinar dentro deste ambiente. Capra *apud* Combinato e Queiroz (2006) afirma, ainda, que focar em um modelo clínico biologicista reduz o corpo a uma máquina e, “*ao concentrar-se em partes cada vez menores desse corpo, a medicina perde frequentemente de vista o paciente enquanto ser humano*”. O foco deve ser o paciente e não a doença.

Sendo assim, pode-se afirmar que cabe ao profissional da medicina envolvido nesse processo “apoiar, esclarecer e informar a pessoa enferma sobre sua doença e prognóstico, bem como favorecer o relacionamento desta com a equipe em todos os âmbitos de suas demandas na instituição hospitalar” (SCHMIDT, GABARRA e GONÇALVES 2011).

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.

Assim o Código de Ética Médica nacional, em vigor desde 2009, pronuncia-se a respeito da situação de irreversibilidade no agravamento de moléstias fatais. A disposição é Princípio Fundamental no Exercício da Medicina e deve dirigir todos os profissionais operantes no ramo.

O Princípio foi introduzido no âmbito nacional pela primeira vez com a entrada em vigor do Código de Ética Médica de 2009, e é pioneiro em sua essência por trazer a possibilidade inédita de o médico, perante a situação concreta de uma morte que não possa ser contornada, deixar de empregar todos os tipos de recursos terapêuticos e tecnológicos modernos capazes de prolongar a existência humana.

Os avanços da engenharia biomédica hodiernos estão num patamar tão desenvolvido de eficácia que se pode esticar a vida de um paciente em estado terminal por anos, multiplicando várias vezes a sua expectativa de vida. O problema é que esses tratamentos, por outro lado, quase sempre envolvem a degradação de sua qualidade de vida; em consequência, é comum que se vejam os pacientes acometidos pelos males fatais sucumbirem à vida digna muito antes de finalmente cederem ao chamado protelável, porém insuperável da morte.

É um entendimento cada vez mais sólido que a submissão dos pacientes a tratamentos penosos e debilitantes, que em momento algum garantem a recuperação da saúde e a superação da doença terminal (ações que, hoje em dia, receberam o nome de Distanásia), nada mais é do que um defeito do profissional que, incapaz de lidar com o único mal inerente à condição humana mesmo após todas as eras de desenvolvimento médico, perde-se na multitude de recursos mirabolantes que depenam e debilitam e que, em última instância, apenas castigam corpos que já se encontram fadados, sem que olhar algum seja lançado sobre a identidade do sujeito que porta a condição de paciente.

Foi na esteira dessa situação de distanciamento entre a pessoa e a doença, comum em nível mundial, que os profissionais mais sensibilizados vêm desenvolvendo uma maneira de pensar a Medicina em prol de uma reversão nessa tendência de impessoalidade, nascendo assim o movimento de Humanização do tratamento da saúde.

À luz de uma filosofia que encontrou quando do fim da Segunda Guerra Mundial e da Guerra Fria uma necessidade pela concepção e incremento do ideal de Dignidade Humana e de Direitos Humanos em nível multinacional, o Humanismo, dentre outros enredamentos, buscou compreender o posicionamento humano frente à Medicina impessoal dos tratamentos indignos, no intuito de disseminar a necessidade de

se encarar que a infalibilidade da morte não é um fim mais trágico que a lenta degradação da qualidade de vida dos pacientes.

Em suma, a Humanização entende que, quando o doente se encontra moribundo, os esforços médicos devem se concentrar na facilitação da manutenção de sua dignidade humana até o momento de seu óbito, ainda que este seja precoce ao que uma sobrevivência martirizante possa permitir.

Foi com influência da Humanização que o princípio supracitado foi inserido no Código de Ética Médica, justamente para possibilitar a aplicação da ideologia moderna de dignidade da pessoa humana frente aos corriqueiros tratamentos de saúde realizados em âmbito nacional. Deu-se mais liberdade ao médico para que ele possa, com base na vontade do paciente, tomar as decisões que permitam que o doente tome as rédeas de sua terapia e, conseqüentemente, de sua vida.

Chega-se ao núcleo de um dos debates que permeiam a filosofia humana desde tempos imemoriais: o choque entre o direito à vida e o direito à morte. Como denominador comum desses conceitos, está o ideal da dignidade da pessoa humana. Sarlet (2001) conceitua, de maneira exemplar, a Dignidade da Pessoa Humana como:

... qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existentes mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos (p.32).

Como se vê, é a utilização desse conceito que garante ao paciente o direito de busca não por uma vida extensa e sem qualidade, mas o afastamento dos tratamentos de ‘cunho degradante e desumano’ e que, por não objetivarem a cura da moléstia terminal, são impreterivelmente desnecessários.

O direito à vida fica, portanto, extremamente relativizado, enquanto que o direito à morte ganha reconhecimento, fortalecido pelos bons auspícios de um falecimento pacífico e não traumático.

Mas até onde o Direito à Morte pode ser defendido? Para entendê-lo, faz-se necessário compreender a ideia da Eutanásia.

O termo, criado em 1623 por Francis Bacon, foi disseminado como sendo um “*tratamento adequado a doenças incuráveis*”. Em sua concepção mais arcaica, ela equivalia o apressamento da morte dos doentes terminais para que lhes fosse evitado o

sofrimento e a agonia. Logo, indissociável era a sua definição do homicídio; ainda que um assassinato bem intencionado, a eutanásia não deixaria de ser um assassinato. Desde sempre condenada pelo Judaísmo e pelo Cristianismo, a Eutanásia é, irredarguivelmente, proibida no âmbito do Direito Brasileiro, mesmo com a citada inovação Humanista introduzida em 2009.

Vale mencionar: segundo Náufel (1998), no Direito Penal brasileiro,

... eutanásia apenas refere-se ao homicídio, por motivos de piedade, contra doente desenganado ou portador de doença incurável (p.445).

Em contrapartida, o conceito filosófico da Eutanásia cresceu e fragmentou-se, levando a doutrina mais acurada a criar-lhe classificação expansiva que, ao isolar a conduta do agente influenciador na vida do paciente, conseguiu separar a eutanásia criminosa da eutanásia mais condizente com o respeito à dignidade do paciente:

A Eutanásia ativa, que é a proibida, herdou a definição da Eutanásia em sentido arcaico, sendo concretamente definida como a provocação da morte sem sofrimento do paciente, com fim misericordioso. Como se vê, é ativa por causa do núcleo verbal “provocação”, que necessita atitude proativa penalmente relevante de um agente.

Mais conforme aos parâmetros da Humanização, surgiu a Eutanásia Passiva, que ocorre quando, dentro de uma situação de terminalidade, pela não consecução de uma intervenção médica, ou pela interrupção de uma medida extraordinária, vem o paciente a falecer. Este tipo de Eutanásia ganhou independência tão grande, identidade tão relevante, que recebeu nomenclatura à parte: Ortotanásia.

Em síntese, foi exatamente esta a prerrogativa médica introduzida pelo novo Código de Ética Médica de 2009: a possibilidade do médico, após perceber a inevitabilidade da doença e após se amparar pela vontade consciente do paciente, não dar início ao tratamento médico protelatório ou interromper, a qualquer momento, o tratamento degradante já iniciado; tudo em prol do resguardo da Dignidade da pessoa de quem está sendo tratada, e que deseja manter sua qualidade de vida no nível mais alto possível até que lhe sobrevenha a morte.

Hoje em dia, quando se fala em qualidade de vida nas proximidades da morte, logo se pensa a respeito de cuidados paliativos. A Organização Mundial de Saúde – OMS (2002) define cuidados paliativos como: “*uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e de suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave (que ameaça a*

*vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.*

A OMS (2002) cita, ainda, que os cuidados paliativos agem de forma a:

- Proporcionar alívio da dor e de outros sintomas que causem sofrimento;
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural;
- Não tenciona acelerar ou protelar a morte;
- Integrar os aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados ao doente;
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar os doentes a viverem tão ativamente quanto possível até ao momento da morte (quer seja no seu domicílio ou numa instituição);
- Oferecer um sistema de suporte que ajude a família (e os que lhe estão próximos) a enfrentar a doença do familiar e o seu próprio luto;
- Utilizar uma abordagem em equipe para gerir as necessidades do doente e família, incluindo aconselhamento no luto, se indicado (são, portanto interdisciplinares);
- Aumentar a qualidade de vida, podendo influenciar positivamente o curso da doença;
- Objetivar o prolongamento da vida, conjuntamente com outras terapias, se aplicáveis numa fase precoce do percurso da doença.

Os cuidados paliativos envolvem quatro áreas de atuação, sendo elas: (1) controle de sintomas, em especial a dor; (2) comunicação adequada, proporcionando o alívio de dores somáticas; (3) apoio à família, onde as ações paliativas também abrangem a emoção dos familiares que participam de tal processo; e (4) trabalho em equipe, de forma que a equipe multiprofissional atue de forma coesa, de forma que o respeito e a dignidade possam ser mantidos a cada momento.

A medicina preconiza, em seus pressupostos, a recuperação da saúde em casos de enfermidade. Através de um olhar menos aguçado, os cuidados paliativos podem significar uma ação contrária a tal ideal. Não obstante, este é um choque simplesmente aparente, tendo em vista que as possibilidades de tratamento destes enfermos possibilitam uma rede de apoio capaz de proporcionar qualidade de vida, dignidade e redução do sofrimento para aqueles que vivenciam a dor.

### ***HIV/AIDS e a proximidade da morte: ações em ortotanásia***

Nos casos onde o paciente já se encontra em um estágio avançado da doença e não mais responde à intervenção farmacológica, o médico se vê frente a um dilema: deixar ou não deixar o paciente partir?

Para Borges apud Bomtempo (2011), “*ortotanásia significa morte correta, orto: certo, thanatos: morte. Significa o não prolongamento artificial do processo de morte, além do que seria o processo natural*”. De forma simplificada, pode-se dizer que a ortotanásia é o meio-termo entre eutanásia e distanásia, onde se objetiva a morte no tempo certo, enquanto parte do ciclo da vida, sem a intenção de antecipá-la ou prolongar o sofrimento.

A ortotanásia se torna uma opção quando o paciente já se encontra vivenciando o processo natural de morte. Desta forma, cabe ao médico reconhecer em que ponto os recursos farmacológicos não mais intervêm no processo de restaurar a saúde. E, caso seja a vontade do enfermo, o médico poderá optar por não estender o sofrimento do mesmo.

A tomada de decisão é um processo que tem início na relação médico-paciente. Não se pode deixar que a doença se sobressaia a pessoa, de forma que a condição humana seja posta de lado. Borges (2005), afirma que:

Há situações em que os tratamentos médicos se tornam um fim em si mesmos e o ser humano passa a estar em segundo plano. A atenção tem seu foco no procedimento, na tecnologia, não na pessoa que padece. Nesta situação o paciente sempre está em risco de sofrer medidas desproporcionais, pois os interesses da tecnologia deixam de estar subordinados aos interesses do ser humano.

Quando não há mais o que fazer pelo paciente em termos de cura, ainda há o que fazer em termos de cuidados paliativos. Essas novas estratégias visam, ao invés de curar as pessoas, promover uma morte digna. Tais cuidados permitem que o sofrimento seja atenuado o máximo possível, de forma que a qualidade de vida seja uma experiência presente na vida de pacientes internados ou em casa. Frente à necessidade de cuidados paliativos, a família se constitui de forma essencial para que o paciente terminal possa realizar os seus desejos, ter uma boa qualidade de morte para, por fim, alcançar uma morte digna (COMBINATO e QUEIROZ, 2006).

### ***Um caminho para a Humanização na saúde***

Para que essas relações sejam estruturadas, é fundamental que todos aqueles que fazem parte do processo saúde-doença obtenham espaço para se afirmar sua voz e vontade. Médicos, pacientes e familiares devem estar em constante diálogo, a fim de que, juntos, possam estabelecer a melhor forma de lidar com as consequências do adoecimento. Prega-se, assim, uma ideologia de sinceridade e cumplicidade no contexto hospitalar. A este movimento deu-se o nome de Humanização e o mesmo vem ganhando bastante espaço dentro das instituições de saúde. De acordo com a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2013),

[..] humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

A partir da informação sobre o diagnóstico e o prognóstico, o paciente decide se vai submeter-se, ou continuar se submetendo a tratamento. Tomada a ciência/aceitação da proximidade da morte, cabe ao médico dar início a ações que ajudem o doente a amenizar a dor e a diminuir o sofrimento vivenciado pelo mesmo e pela sua família (CHAVES *et al*, 2011). Os cuidados paliativos dispensados promovem uma melhoria na qualidade de vida do indivíduo e contribuem para que o mesmo tenha uma morte digna.

A concepção de dignidade humana que nós temos liga-se à possibilidade de a pessoa conduzir sua vida e realizar sua personalidade conforme sua própria consciência, desde que não sejam afetados os direitos de terceiros. Esse poder de autonomia também alcança os momentos finais da vida da pessoa (BORGES, 2005).

Tendo em vista essa necessidade de um atendimento mais humano, não se pode negligenciar o papel da família, que se mostra de fundamental importância para a constatação de uma melhoria da condição vital. A atenção dispensada por estes faz com que o paciente sinta-se seguro e distante do abandono. Tal situação auxilia o portador de tamanho sofrimento a aceitar, mesmo que paulatinamente, a proximidade da morte (COMBINATO e QUEIROZ, 2006; SCHMIDT *et al*, 2010).

### *Considerações finais*

O tema que ora se apresenta na confluência entre as questões extremamente sensíveis ligadas à ortotanásia, cuidados paliativos e os desafios da política nacional de humanização, nos colocam num campo de extrema complexidade em que é preciso adotar uma visão pluralizada e multidimensional.

Nesse cenário é preciso trabalhar com aportes de diversas disciplinas, em especial as humanas e sociais (psicologia, direito, antropologia, sociologia, história das mentalidades, etc.), da área biomédica (saúde pública), mas também com os aportes e visões da interface biossocial (saúde coletiva).

Os aspectos mais propriamente técnicos aparecem secundarizado frente a um quadro de valores éticos e políticos que se colocam em jogo na situação de terminalidade do paciente. Isso nos leva a ver a questão do que é a *boa morte* e de quais os cuidados que se justificam, como algo encravado no mundo da experiência, em que os diversos sujeitos implicados nessa cena, são afetados cada qual de sua própria maneira.

### **Referências**

BOMTEMPO, T.V. Análise constitucional da ortotanásia: O direito de morrer com dignidade. Em: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 93, out 2011.

BORGES, R.C.B. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 871, 21 nov. 2005.

CHAVES, J.H.B.; MENDONÇA, L.G.; PESSINI, L.; REGO, G.; NUNES, R. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Rev. dor.**, São Paulo, v. 12, n. 3, Sept. 2011.

COMBINATO, D.S.; QUEIROZ, M.S. Morte uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**, 11(2), 209-216, 2006.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia Científica**. 5°. Ed. – 4°. Reimp. – São Paulo: Atlas, 2010.

MENEGATTO, A.C. **Relatos de pacientes com HIV em fase avançada e sua visão de morte após experiência com espiritualidade**. Universidade de São Francisco: Itatiba, 2006.

NÁUFEL, J. **Novo Dicionário Jurídico Brasileiro**. 9ª. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1998, p. 445.

SARLET, I.W. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2001 pag. 32.

SCHMIDT, B.; GABARRA, L.M.; GONÇALVES, J.R. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. **Paidéia**, 21(50), 423-430, 2010.

**CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA**. Disponível em:  
<[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=category&id=9&Itemid=122](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122)> Acesso em 03 de maio de 2013.

**DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS**: Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Disponível em:  
<[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)> Acesso em 01 de maio de 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. Geneva: World Health Organization, 2002.

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: documento para gestores e trabalhadores do SUS**. Disponível em:  
<[www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf)> Acesso em 05 de maio de 2013.

**Recebido:**15/2/2013.

**Aceito:**15/8/2013.

**Contato:** dmdgutie@uol.com.br