



ASPECTOS ÉTICOS E BIOÉTICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS *

Ethical and bioethical aspects in palliative care

Alberto Paulo Neto **

José Eduardo de Siqueira ***

Resumo: Os cuidados paliativos representam a escolha compartilhada, entre o profissional de saúde e o paciente, com a finalidade de preservar a dignidade do paciente quando a terapia medicamentosa e as intervenções cirúrgicas não são benéficas ao tratamento de saúde. Essa perspectiva de acompanhamento médico resgata o cuidado ético de atenção e valorização da biografia da pessoa. O aspecto *ético*, a partir da ética do cuidado e da ética deontológica, reflete na relação entre os profissionais de saúde e o paciente com o objetivo de oferecer as condições de manutenção da autonomia e da dignidade. A *bioética* enfatiza o cuidado centrado nas escolhas do paciente. Ela evita a obstinação em prolongar o tratamento médico, a menos que haja uma melhora no estado clínico do paciente. Essa dialética conceitual entre a ética e a bioética tem o propósito de garantir o bem-estar ao paciente em cuidados paliativos.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Ética. Bioética. Ética do cuidado. Ética deontológica.

Abstract: Palliative care represents the shared choice, between the health professional and the patient, to preserve the patient's dignity when drug therapy and

* Artigo recebido em 19/07/2022 e aprovado para publicação em 28/10/2022.

É resultado do Projeto de Pesquisa básica e aplicada "Bioética, Inteligência Artificial e Direitos humanos" e foi realizado com o apoio da Fundação Araucária (Chamada Pública 09/2021).

** Doutor em Filosofia pela Universidade de São Paulo (2015). Professor do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PPGB/PUCPR).

*** Doutor em Medicina e Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Londrina (1974). Professor do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PPGB/PUCPR). E-mail: eduardo.jose@pucpr.br.

surgical interventions are not beneficial to health care. This perspective of medical follow-up rescues the ethical care of attention and appreciation of the person's biography. The *ethical* aspect, based on the ethics of care and deontological ethics, reflects on the relationship between health professionals and patients with the aim of offering conditions for maintaining autonomy and dignity. *Bioethics* emphasizes care centered on patient choices. It avoids obstinacy in prolonging medical treatment unless there is an improvement in the patient's clinical condition. This conceptual dialectic between ethics and bioethics has the purpose of guaranteeing the well-being of patients in palliative care.

Keywords: Palliative care. Ethics. Bioethics. Care Ethics. Deontological Ethics.

Introdução

Houve um tempo em que nosso poder ante a morte era muito pequeno e, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar¹.

A discussão sobre o significado da “morte” e a escolha por cuidados paliativos tem sido um assunto de ampla discussão na sociedade contemporânea². Nos países economicamente mais desenvolvidos, como a Holanda, iniciaram a análise sobre a distribuição gratuita de medicamentos letais para as pessoas maiores de setenta anos e estivessem “cansadas de viver”. Essas pessoas observam que a sua vida poderia ser encerrada porque os seus objetivos já teriam sido alcançados. Não obstante, a introdução dos cuidados paliativos em países desenvolvidos, como a Bélgica, o Reino Unido e a Noruega, fizeram com que o pedido de abreviação da vida declinasse quando oferecido o adequado tratamento terapêutico ao paciente. Em outro contexto, nos países em desenvolvimento, os recursos aos sistemas de saúde fazem com que as pessoas pereçam em suas enfermidades e tenham o tratamento médico de forma inadequada e doloroso³. Essa contradição no acesso ao adequado tratamento de saúde nos faz refletir sobre as obrigações éticas e bioéticas que o Estado e as instituições de saúde devem ter para garantir a vida digna e saudável em todas as fases da vida humana.

As questões sobre a morte e o morrer em uma sociedade tecnológica estão marcadas pela elevação da expectativa de vida nos países desenvolvidos

¹ ALVES, Rubem. *O médico*. Campinas: Papirus, 2003, p. 52.

² PESSINI, Leo. Distanásia: Até quando investir sem agredir?. *Revista Bioética*, 2009, v. 4, n. 1, 2009, p. 1-11.

³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative care*. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em 05 mar. 2020.

e em desenvolvimento por causa do avanço de novas técnicas de tratamento das enfermidades. Contudo, observa-se a permanência do dilema moral sobre as decisões da equipe médica em acompanhar a conclusão da vida do paciente. Assim como, o desafio da equipe médica em oferecer o tratamento adequado e o cuidado ao paciente, no ambiente hospitalar ou na residência (*home care*), são fatores relevantes aos cuidados paliativos dos pacientes⁴.

De acordo com a *Organização Mundial de Saúde*⁵, anualmente 40 milhões de pessoas são atendidas em serviços especializados em cuidados paliativos. Nesse grupo é observado que 78% das pessoas vivem em países de baixa e média renda per capita. Ademais, somente 14% das pessoas recebem adequadamente cuidados paliativos. Esses dados enfatizam as obrigações éticas e bioéticas que o Estado e as instituições de saúde pública e privada teriam com a sua população, como também as exigências éticas dos países desenvolvidos em relação aos países em desenvolvimento quanto ao sistema público de saúde e ao atendimento em cuidados paliativos.

Além desse aspecto global, a OMS⁶ chama atenção sobre o uso excessivo sobre o uso excessivo de opioides, a falta de treinamento dos profissionais de saúde e o desconhecimento de protocolos de cuidados paliativos. O crescente envelhecimento da população torna necessário a formação de profissionais de saúde com as competências e conhecimentos necessários para a indicação e a realização de acompanhamento em cuidados paliativos. De acordo com o IBGE⁷, no Brasil, o aumento expressivo da população e sua expectativa de vida induziu o Estado a fomentar as políticas públicas para a introdução dos cuidados paliativos. Assim como, a garantia do direito ao tratamento adequado para cada paciente.

Os cuidados paliativos surgiram com o objetivo de proteger a integridade do paciente. Estes conceitos correspondem ao entendimento, de que, o adequado cuidado é uma forma de efetivar o direito humano à saúde e ao cuidado humanizado. Por isso, nenhum tratamento deveria ser mais penoso do que a própria doença. O respeito ao direito humano do paciente está em não causar sofrimento desnecessário ou o uso de medicação que seja ineficiente ao processo terapêutico. A ação de tratar o paciente somente em relação aos sintomas, causando sofrimento desnecessário e uso de técnicas que não resultam em melhoramento clínico, podem ser

⁴ PESSINI, Distanásia: *Até quando investir sem agredir?*, 2009.

⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative care*, 2020.

⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Palliative care*, 2020.

⁷ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). *Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos*. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>>.

entendidas como práticas de desrespeito à dignidade do paciente e aos seus melhores interesses⁸.

Os cuidados paliativos estão intrinsecamente relacionados às discussões éticas e a necessidade de fundamentação da arte médica, em uma sociedade tecnológica, sob a perspectiva do cuidado aos mais vulneráveis. O ato de cuidar corresponde a obrigação ética que cada ser humano possui em relação ao outro, em específico a vida das pessoas vulneráveis. De acordo com Mount & McGoldrick⁹, todos merecem dignidade quanto ao processo de finitude.

Os cuidados paliativos são reconhecidos por ser modelos holísticos individualizados de cuidados, prestados com cuidado, sensibilidade, *ética* e terapeuticamente usando a comunicação especializada com atenção ao detalhe, a avaliação meticulosa e o avanço do conhecimento.

Dessa forma, o serviço de cuidados paliativos inclui o cuidado personalizado e integral ao paciente com sensibilidade e em uma relação de eticidade. Esta pode transcender as obrigações profissionais da equipe de saúde e ser entendida como obrigação ética de acolhimento aos pacientes que estejam em um estado de vulnerabilidade. O reconhecimento da obrigação ética de atuar em cuidados paliativos nos faz refletir sobre o quanto a vida do paciente pode ser dignificada pelas ações conjuntas entre a equipe de saúde e a família do paciente.

A observação dos cuidados paliativos e o ato de respeito e consideração à vida do paciente poderá conduzir a percepção sobre a integralidade da vida humana e o seu significado na temporalidade da existência. A vida humana como digna de ser vivida se realiza pelos atos e escolhas que representam o uso da liberdade humana nas condições de sua existência e experiência. As experiências de dor e angústia e os momentos de alegria e felicidade fazem perceber a espiral da vida humana em seu mais pleno desenvolvimento e em sua mais dramática experiência existencial.

No Brasil, a humanização na saúde significa a estruturação institucional de políticas públicas para a valorização do saber do paciente e a necessidade de acolhimento pelos profissionais de saúde. Essa perspectiva política de cuidado está centrada nas necessidades do paciente na proximidade relacional entre o profissional de saúde e o paciente¹⁰.

⁸ UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética & Direitos Humanos*, 2005. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por>.

⁹ MOUNT, Balfour; HANKS, Geoffrey; MCGOLDRICK, Lorna. The principles of palliative care. In: FALLON, Marie & HANKS, Geoffrey (Org.). *ABC of palliative care*. Oxford: BMJ Books/Blackwell Publishing Ltd, 2006, p. 1.

¹⁰ MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Cuidado, descuido e afecção: uma perspectiva para a humanização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 08, 2021.

1. Orientações éticas em Cuidados paliativos

“Paciente e médico assim entram em parceria como iguais”¹¹

Os cuidados paliativos sob o ponto de vista de uma teoria ética se apresentam como a prática de saúde que transcende a técnica e o uso de medicamentos para controlar os sintomas e as dores do paciente. Eles se caracterizam como ações éticas em prol da completude da vida do paciente. A vida do paciente em sua relação com o profissional de saúde está permeada pelas diversas escolhas e objetivos que o paciente decidiu em seus momentos de plena autonomia e vigor físico. O cuidado em saúde deve levar em consideração o significado que a vida possui ao paciente, sua religiosidade, sua orientação sexual, suas práticas culturais e políticas e tantas outras escolhas que ele tenha feito no uso de seu direito humano à liberdade. Afirmam Mount & Hanks que:

Os cuidados paliativos são baseados em uma filosofia que promove a sensibilidade cultural, religiosa, sexual e outras perspectivas definidoras do ponto de vista do paciente; a intenção de encontrar pacientes onde eles estão e não onde os cuidadores acham que deveriam estar; a sensibilidade aos determinantes do enfrentamento, particularmente em relação aos principais desafios existenciais para o paciente, família e cuidadores (morte; isolamento; liberdade — ausência de estrutura externa; significado); atenção ao significado da doença para o paciente, família e cuidadores; e atenção à necessidade de se relacionar com as pessoas de maneira empática¹².

De acordo com os autores acima, os profissionais de cuidados paliativos devem promover essa pluralidade no ambiente hospitalar. Ao observar esse atendimento de saúde sob o prisma da ética nos questionamos sobre as obrigações que temos para com aqueles que possuem a necessidade desse atendimento especializado e a maneira de propiciar a pluralidade no ambiente hospitalar em sua forma mais empática possível.

Em um caminho mais acertado, os autores advertem sobre a necessidade de compreensão do período de início dos cuidados paliativos e adequado endereçamento aos pacientes que necessitarão deste atendimento integral e personalizado. Por uma via errônea, a introdução dos cuidados paliativos foi entendida como necessária ao fim do processo terapêutico e farmacológico. Por outro lado, em uma perspectiva ética e de valorização da vida do paciente, os cuidados paliativos devem ser realizados desde o princípio do tratamento terapêutico aos pacientes que necessitem desse atendimento e sob observação, de que, esses cuidados, estão orientados ao encontro do paciente.

¹¹ LOWN, Bernard. *A arte perdida de curar*. São Paulo: JSN Editora, 1997, p. 14.

¹² MOUNT, Balfour; HANKS, Geoffrey; MCGOLDRICK, Lorna. The principles of palliative care. In: FALLON, Marie & HANKS, Geoffrey (Org.). *ABC of palliative care*. Oxford: BMJ Books/Blackwell Publishing Ltda, 2006, p. 1-2.

Por isso, o redirecionamento ético dos cuidados paliativos se torna imprescindível. A orientação e composição de uma equipe de multiprofissionais que consigam gerenciar as necessidades sintomáticas, psicossociais e espirituais do paciente. Essa perspectiva ética se centra nas necessidades do paciente e na sua qualidade de vida.

A relevância dos cuidados paliativos, sob o ponto de vista da ética, resgata a compreensão da condição humana em sua tríplice perspectiva: corpo, mente e espírito. Em seu livro, *Os sete saberes necessários à educação do futuro*, Edgar Morin¹³ situa as questões existenciais da vida humana segundo o conhecimento da história cósmica da origem da vida e do universo. Afirma o pensador que “conhecer o humano é, antes de mais nada, situá-lo no universo, e não separá-lo dele”¹⁴. A importância desse conhecimento cósmico e holístico poderá ser relevante para a atuação na área de saúde porque demonstra a característica integrativa das relações humanas com o cosmo, a natureza e o Outro.

A educação na área de saúde não pode prescindir da perspectiva holística, proposta por Morin, porque ela nos faz refletir sobre a singularidade e a significância da vida humana. Acrescenta o autor que “nós, os seres vivos, somos um elemento da diáspora cósmica, algumas migalhas da existência solar, um diminuto broto da existência terrena”¹⁵. Essa condição física da vida humana demonstra o reconhecimento da história humana na origem da vida e a responsabilidade que cada membro da espécie humana possui com a vida no planeta. Essa responsabilidade pode ser caracterizada como “humanocêntrica”, tal como proposta por Marcelo Gleiser¹⁶, pois a raridade da vida humana como alto desenvolvimento cognitivo e sua capacidade de inteligência nos tornam corresponsáveis pelos seres vivos que habitam o nosso planeta.

De acordo com Morin¹⁷, a condição humana está inserida no binômio animalidade e humanidade. A condição da animalidade corresponde à história biológica e evolutiva da espécie *homo sapiens*. A condição humana é representada pelos artefatos e constructos teóricos, técnicos e práticos/concretos que as diversas comunidades humanas empreenderam na história para tornar a vida humana mais aprazível. Nas palavras de Morin: “o humano é um ser a um só tempo plenamente biológico e plenamente cultural, que traz em si a unidualidade originária”¹⁸. Esse duplo aspecto do humano conduz às tensões entre os processos civilizatórios

¹³ MORIN, Edgar. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez, 2000.

¹⁴ *Ibid.*, p. 47.

¹⁵ *ibid.*, p. 49.

¹⁶ GLEISER, Marcelo. *Criação imperfeita: Cosmos, Vida e o Código Oculto da Natureza*. Rio de Janeiro: Record, 2012.

¹⁷ MORIN, *Op. cit.*

¹⁸ MORIN, *Op. cit.*, p. 52.

e as ações mais bárbaras que podemos observar ao longo da história. A barbárie e o processo civilizatório estão inseridas nessa “unidualidade” da condição humana e se manifesta na temporalidade da vida humana, em suas tramas e artimanhas para dar e construir significado cotidiano a vida em sociedade. Assim como, o processo de transmissão de saberes, as práticas cotidianas e tradicionais e formas relacionais que denominamos ser a cultura de todos os povos.

Não há cultura sem cérebro humano (aparelho biológico dotado de competência para agir, perceber, saber, aprender), mas não há mente (*mind*), isto é, capacidade de consciência e pensamento, sem cultura. A mente humana é uma criação que emerge e se afirma na relação cérebro-cultura¹⁹.

Essa intersecção entre a capacidade biológica e social para inteligência conduz os seres humanos a produzirem a cultura como resultado de suas vivências e resposta às questões existenciais.

A cultura é constituída pelo conjunto dos saberes, fazeres, regras, normas, proibições, estratégias, crenças, ideias, valores, mitos, que se transmite de geração em geração, se reproduz em cada indivíduo, controla a existência da sociedade e mantém a complexidade psicológica e social²⁰.

É nosso sentido que a existência humana adquire dignidade e responsabilidade pelas vidas das pessoas que estão em situação de vulnerabilidade e os cuidados de saúde se ressignificam sob o ápice de proteção da cultura do paciente e de sua complexidade como pessoa humana.

Em *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*, Giorgio Agamben²¹ recorda os conceitos gregos de vida: *Zoé* e *Bios*. O termo *Zoé* significa o biológico da vida e representa o ser humano em sua espécie *Homo sapiens*. Essa modalidade de vida é compartilhada com os outros seres vivos que possuem uma história biológica. O termo *Bios* recorda o significado da vida humana em seu aspecto biográfico e a construção de uma obra (*poiesis*) que possa ser apresentada e representada aos outros seres humanos. Esse conceito carrega a força do significado moral da “pessoa humana” como sujeito de direito e requerente de relações de respeito e igual consideração.

A pessoa humana possui o nível de vida relacional que lhe permite desenvolver a sua vida em conformidade com as suas livres escolhas. No entanto, a redução do significado da vida humana à característica de *Zoé* apresenta a perda de uso da capacidade intelectual e cultural da humanidade. O processo de invisibilidade dos excluídos e vulneráveis nas relações humanas, por exemplo nas relações de trabalho e no âmbito

¹⁹ MORIN, *Op. cit.*, p. 52.

²⁰ MORIN, *Op. cit.*, p. 56.

²¹ AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: EdUFMG, 2002, p. 9-10.

da saúde, conduzem a redução da racionalidade ao aspecto estratégico e instrumental.

Nesse sentido, Byung-Chul Han²² caracteriza a sociedade contemporânea como a “sociedade do cansaço”. Os indivíduos estão exauridos das suas capacidades físicas, psicológicas, emocionais e mentais. Esse paradigma de sociedade está estruturado na capacidade produtiva dos indivíduos e a redução da ação humana ao mundo do trabalho. O diagnóstico do *animal laborans* na contemporaneidade, compartilhado por Arendt²³ e Han²⁴, demonstra que os indivíduos na sociedade contemporânea estão despojados das características humanas como a serenidade em relação a si mesmo e ao próximo. A relação humana se reduz a potencialidade produtiva de elaboração de artifícios para o bem-estar da vida humana. No entanto, a hiperatividade é sinônimo de exaustão mental e física.

O resgate da capacidade humana de refletir sobre a sua prática (práxis) em reconhecer o seu processo de desenvolvimento biológico, social e político adentra ao âmbito da saúde com a preocupação de repensar a arte médica não somente como técnica, ela deve ser percebida como o cuidado devido ao enfermo. A arte médica como cuidado possui a potencialidade de dignificar a vida da pessoa enferma em suas necessidades e no respeito à integridade física, emocional e psicossocial.

As teorias éticas na área da saúde possuem o objetivo de orientar o processo de tomada de decisão e ao atendimento do melhor interesse do paciente. A *Ética do cuidado* valoriza a capacidade humana de interagir de forma empática com o outro. O cuidado seria o elemento moral que motivaria os indivíduos a escolherem o que seja certo para cada caso e segundo a sua necessidade. De acordo com Rita Manning, “O cuidado envolve uma capacidade humana básica de reconhecer e responder às necessidades de outros e moderar o nosso comportamento à luz do bem ou mal que isso possa causar para o outro”²⁵.

Nessa perspectiva teórica a relação de cuidado se expressa como a capacidade humana que pressupõe o reconhecimento das necessidades daquele que está em uma situação de vulnerabilidade. Por conseguinte, a escolha dos meios adequados para colaborar na superação dos obstáculos ou dificuldades que esteja afligindo o Outro.

Para a ética do cuidado, cuidar é uma resposta moral a uma variedade de características das situações: danos, promessas passadas, relações de papéis etc. No caso de necessidade, nossa obrigação de responder de maneira

²² HAN, Byung-Chul. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes, 2017.

²³ ARENDT, Hannah. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

²⁴ HAN, *Sociedade do cansaço*.

²⁵ MANNING, Rita. A Care Approach. In: KUHSE, Helga & SINGER, Peter. *A Companion to Bioethics*. Wiley-Blackwell, 2009, p. 105.

adequada e cuidadosa surge quando somos capazes de responder às necessidades. A necessidade é mediada por vários fatores, incluindo a família, a cultura, a classe econômica, o gênero e a sexualidade, a deficiência e a doença. Como uma pessoa atenciosa responde às necessidades, ela reconhece as vastas diferenças de poder que existem e moldam o reconhecimento e a articulação das necessidades. O dano é outra característica das situações morais. A maioria das pessoas entende que ser a causa do dano a outra pessoa cria uma obrigação de responder²⁶.

Por isso, a ética do cuidado se caracteriza como a capacidade de se relacionar e prestar o atendimento necessário ao outro em sua diversidade como sujeito de direitos. A autora elenca quatro princípios para corresponder a motivação moral ao cuidado. De acordo com ela, o primeiro ato é a “atenção moral/ *Moral attention*” (1) que os sujeitos morais se reconhecem perante uma pessoa que necessita de atendimento ou ajuda em suas necessidades. O ato de atenção moral é o entendimento de que o sujeito moral possui uma obrigação direta ou indireta com o sujeito em estado de vulnerabilidade e se esforça por cumprir esse dever.

O próximo ato é a “compreensão simpática”/ *Sympathetic understanding* (2) como a ação moral em prol dos melhores interesses do paciente e a atenção dada à pessoa que precisa expressar as suas angústias ou incompreensões sobre o tratamento médico. Assim como, a afetividade em ouvir o paciente em suas dúvidas e anseios.

O terceiro ato é ter a “consciência do relacionamento”/ *Relationship awareness* (3) ou que o profissional de saúde saiba sobre a maneira adequada de se relacionar com o seu paciente, por exemplo, o atendimento do dever ético e profissional de veracidade nas informações que devem ser prestadas aos pacientes e o uso da linguagem adequada e cautelosa na exposição dos fatos e perspectivas futuras de tratamento e acompanhamento terapêutico.

A bússola orienta a ética do cuidado assevera que os atos e as decisões devem corresponder ao ideal de “acomodação e harmonia” / *Accommodation and harmony* (4) entre aqueles que possuem obrigações morais compartilhadas e preservam o ideal de bem comum como sendo a serenidade em realizar o dever moral e acompanhar a completude da vida humana.

Em uma perspectiva complementar à Ética do cuidado, então, devemos destacar a *ética deontológica* de Immanuel Kant e o seu potencial de fazer com que os sujeitos morais se observem sobre a relação universal de obrigação moral de agir na preservação da dignidade humana. O filósofo de Königsberg, em sua perspectiva ética, valorizou o respeito à humanidade em cada pessoa como um fim em si mesmo. A humanidade deve ser protegida em sua dignidade como espécie e indivíduo. Em sua obra

²⁶ MANNING, *A Care Approach*, p. 106.

tardia, sobre as virtudes éticas e os deveres éticos, Kant observou que a natureza racional dos seres humanos tem a capacidade de elaborar fins que possam ser alcançados em conjunto.

Por exemplo, o dever de respeitar as pessoas como agentes racionais pode ser analisado sobre uma dupla perspectiva: a via negativa e a via positiva. O respeito como valor “negativo” significa as abstenções de tratamento inadequado que qualquer indivíduo deve realizar em relação ao outro. Isso quer dizer que nenhuma ação de discriminação, cerceamento da liberdade ou injustiça pode ser justificada pelo agir moral racional. Pois o ato de respeito ao outro é uma forma de dignificar a pessoa do outro como sujeito moral²⁷.

Todo homem tem um legítimo direito ao respeito de seus semelhantes e também ele está obrigado ao mesmo, reciprocamente, com respeito a cada um deles. A humanidade mesma é uma dignidade, porque o homem não pode ser utilizado unicamente como meio por nenhum outro homem (nem por outro, nem por si mesmo), se não sempre como fim, e isto consiste precisamente a sua dignidade (a personalidade), em virtude da qual se eleva sobre todos os demais seres do mundo que não são homens e se podem utilizar-se, por conseguinte, se eleva sobre todas as coisas²⁸.

Em seu sentido *positivo*, a ação de respeito, em seu sentido moral elevado, pode se recomendar para aqueles que tenham a motivação moral em agir em prol do outro e com o objetivo de promover a felicidade alheia. A promoção da felicidade do Outro na área de saúde pode ser compreendida pela percepção dos fatores que devem ser promovidos no paciente e os elementos que ele requisita que seja promovido em sua vida para a promoção da sua vida e capacidade. “O dever de promover a felicidade dos outros é o dever de ajudá-los a realizar os seus fins”²⁹. O cuidado que se deve ter é de não adotar uma atitude paternalista de escolha dos fins a serem realizados. A ética kantiana se orienta pelo respeito à autonomia. A ideia de autonomia é o fundamento da dignidade da pessoa humana porque ela representa a capacidade de livre decisão.

2. Orientações bioéticas em Cuidados Paliativos

A bioética, em seu sentido original, proposta por Van Rensselaer Potter³⁰ significa a “ponte” entre o conhecimento científico e os valores humanos. O desenvolvimento da bioética e sua notoriedade ocorreu pela possibi-

²⁷ KANT, Immanuel. *La metafísica de las costumbres*. Madrid: Tecnos, 1989, p. 335.

²⁸ KANT, *Op. cit.*, p. 335.

²⁹ BARON, Marcia W.; PETTIT, Philip; SLOTE, Michael. *Three Methods of Ethics: A Debate*. Blackwell Publishing, 2008, p. 13.

³⁰ POTTER, Van Rensselaer. *Bioética: ponte para o futuro*. São Paulo: Edições Loyola, 2016.

lidade de análise das questões de ética médica, por exemplo a bioética principialista³¹. Todavia, o resgate do sentido original de Bioética poderá demonstrar o seu potencial analítico de avaliar a existência humana inserida em uma sociedade complexa e sob conflitos morais sobre o significado da vida e da morte com dignidade³².

O termo “bioética” é um neologismo derivado do grego *bios* (vida) e *ethike* (ética) definido como estudo sistemático das dimensões morais, incluindo visão, decisão, conduta e normas, das ciências da vida e dos cuidados da saúde. Trata-se de um conceito que não se reduz a discutir ciência nem se concentra na área da saúde, pois a opinião pública, ética, ciência e política estão interligadas nesses temas contemporâneos. Assim, o principal objetivo do ensino de bioética é aprimorar a “capacidade de juízo moral”, buscando a tomada de decisões; portanto, ela cuida da dignidade e da vida, especificamente do significado e do sentido da existência³³.

O encontro entre as questões bioéticas e os cuidados paliativos proporciona a reflexão sobre a atitude da equipe médica em relação aos pacientes. A medicina hipocrática valorizava o saber a partir dos sentidos, inteligência e contato com o paciente³⁴. No entanto, a forma de atuar do profissional de medicina não dava importância à capacidade do paciente em expressar as suas angústias e sofrimento. Em um certo sentido, o modelo clássico de Hipócrates asseverava que a arte médica poderia se realizar pela omissão das informações e do estado clínico aos pacientes porque eles não teriam condições de compreender as informações do médico³⁵.

A arte médica no século XXI deverá se caracterizar pela capacidade de antecipar os cuidados necessários ao enfermo e a relação bioética de respeito e consideração entre a equipe médica e o paciente. Essa nova perspectiva está centrada no cuidado do paciente e não necessariamente em sua enfermidade, por vezes, incurável.

A doença em progressão é capaz de infligir extremo sofrimento àqueles que dela padecem. Por isso precisamos conhecer profundamente a história natural da doença, para que possamos antecipar as complicações que dela surgirão e, com isso, controlar os sintomas da doença incurável. Procu-

³¹ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.

³² SANCHES, Mário Antônio et al. Perspectivas bioéticas sobre tomada de decisão em tempos de pandemia. *Revista Bioética*, v. 28, n. 3, 2020, p. 410-417.

³³ MENDES, Priscilla Biazibetti, PEREIRA, Alexandre de Araújo e BARROS, Ilma da Cunha. Bioética e cuidados paliativos na graduação médica: proposta curricular. *Revista Bioética*, 2021, v. 29, n. 3, p. 534-542.

³⁴ REBOLLO, Regina Andrés. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. *Scientiae Studia*, v. 4, n. 1, 2006, p. 45-81.

³⁵ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO [CREMESP]. *HIPÓCRATES: O juramento de Hipócrates*. 2022. Disponível em: < <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>>.

ramos manter a maior qualidade de vida possível em cada caso, sempre respeitando os desejos do paciente³⁶.

Agora, pensamos que o modelo de prática médica deva ser de serviço ao paciente e direcionada para a atenção às necessidades dos mais vulneráveis. A nova prática médica se orienta pela compreensão de que o objetivo é não limitar atendimento de saúde ao tratamento terapêutico, ela se orienta pela relação atenciosa e recíproca de cuidado ao paciente. Na obra *Cómo morimos*, Sherwin B. Nuland³⁷ destaca que o desenvolvimento científico demonstrou que os profissionais de saúde possuem pouco controle sobre a finitude da vida humana e que deveria ser acompanhada pelo ato de humildade perante os pacientes, no entanto, a incerteza médica e científica é substituída pela arrogância do saber técnico.

Os médicos estavam muito mais dispostos a reconhecer os sinais de derrota e os negavam com menos arrogância do que hoje. A humildade da medicina diante do poder da natureza se perdeu e, com ela, parte da autoridade moral do passado. Com o aumento dramático do conhecimento científico, estamos cada vez menos dispostos a admitir que ainda controlamos muito menos coisas do que gostaríamos. Os médicos aceitam a suposição (em todos os sentidos da palavra) de que a ciência nos tornou todo-poderosos e, portanto, que somente nós podemos julgar como devemos usar nossa habilidade. Em vez da maior humildade que deveria ter acompanhado nosso crescente conhecimento, a arrogância médica se instalou: porque sabemos e podemos fazer muito, não há limite para o que devemos tentar, *hoje* e para esse *paciente*.³⁸

As novas perspectivas em medicina, na sociedade tecnológica, demonstram que os processos de tomada de decisão são prioritariamente problemas éticos. Assim corrobora a análise de Lown³⁹ sobre a revolução tecnológica e a possibilidade de prolongamento da vida humana em um sentido técnico. De fato, o avanço dos procedimentos tecnológicos e interventivos na medicina provocou a perda do exercício da arte de ouvir pelos profissionais de saúde. A revolução tecnológica na medicina tem ocasionado a obstinação terapêutica e a desconsideração da importância dos cuidados compassivos em prol do paciente. Há diversos problemas que podemos entender sobre o controle tecnológico da vida humana e a redução da capacidade médica em dialogar com o paciente e a sua família. Em verdade, o processo técnico-científico realiza o desprezo pelos valores e componentes biográficos da pessoa humana e as práticas médicas se reduzem

³⁶ PINTO, Cristhiane da Silva. Quando o tratamento oncológico pode ser fútil? Do ponto de vista da paliativista. *Revista Brasileira de Cancerologia*, n. 54, v. 4, 2008, p. 394.

³⁷ NULAND, Sherwin B. *Cómo morimos: Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*. Madrid: Alianza Editorial, 1993.

³⁸ NULAND, *Cómo morimos: Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*, p. 241-242.

³⁹ LOWN, *A arte perdida de curar*.

a transferir aos familiares do enfermo, a responsabilidade sobre a adoção de procedimentos invasivos.

As escolas de medicina e o estágio nos hospitais os preparam para tornarem-se oficiais maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas (...) A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilitou o prolongamento interminável do morrer”⁴⁰.

A mudança da prática médica sob o prisma bioético compreende que a equipe médica não deve restringir o seu olhar somente para a evolução da enfermidade, na verdade, ela deve valorizar a pessoa que necessita de atendimento de saúde. O reconhecimento de que a estimativa sobre qualidade de vida é atributo pessoal do paciente e fomentar os meios necessários para que o paciente exerça a sua autonomia decisória. Por consequência, a equipe de saúde deve ter um olhar para compreender que a finitude da vida é a condição intrínseca à existência humana. Como recorda Lown⁴¹ ao citar Maimônides: “Posso eu jamais me esquecer de que o paciente é meu semelhante transido de dor. Que jamais o considere mero receptáculo de doença”.

A bioética de Van Rensselaer Potter propõe uma mudança na compreensão da atuação médico-científica e reconhece a necessidade de combinar o conhecimento técnico-científico com o conhecimento humanístico porque essa relação possibilitará o desenvolvimento da capacidade reflexiva e relacional entre o cientista e a sociedade.

Necessitamos combinar a biologia com o conhecimento humanístico de diversas fontes e forjar uma ciência da sobrevivência que será capaz de estabelecer ‘pontes para o futuro’. A nova disciplina será forjada no calor dos problemas da crise de hoje, todos que exigem algum tipo de mistura entre a biologia básica, as ciências sociais e as humanidades⁴².

No que se refere a terminalidade da vida, a perspectiva bioética de Potter⁴³ ressalta a necessidade de aceitação da conclusão da vida humana como sendo parte de seu credo bioético e orientado pelo dever ético de eliminar o sofrimento desnecessário da humanidade.

Na perspectiva de Cicely Saunders⁴⁴ e Kübler-Ross⁴⁵, o ato de cuidado de saúde está na atenção que a equipe médica concede ao enfermo em sua

⁴⁰ LOWN, *A arte perdida de curar*, p. 14.

⁴¹ LOWN, *A arte perdida de curar*.

⁴² POTTER, Van Rensselaer. *Bioética: ponte para o futuro*, p. 28-29.

⁴³ POTTER, Van Rensselaer. *Bioética Global: Construindo a partir do legado de Leopold*. São Paulo: Edições Loyola, 2018.

⁴⁴ SAUNDERS, Cicely. *St. Christopher's Hospice*, 1967. Disponível em: <<https://www.stchristophers.org.uk/tenyears>>.

⁴⁵ KÜBLER- ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

conclusão de vida. A reverência à vida do enfermo e a ajuda a ser prestada em sua última etapa de vida demonstram a atenção às necessidades do paciente.

Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida, faremos tudo o que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte⁴⁶.

De acordo com Pessini⁴⁷, ao refletir sobre o cuidado em fase de conclusão de vida, conforme propôs C. Saunders, deve ser preservada a dignidade da pessoa humana. Esse cuidado se refere ao respeito às necessidades do paciente e ao alívio da dor. O autor esclarece sobre a necessidade de não adotar tratamentos e intervenções tecnológicas que possam se configurar como formas de obstinação terapêutica ou na expressão de práticas de distanásia.

Algumas implicações tornam-se evidentes. Cuidar dignamente de uma pessoa que está morrendo num contexto clínico significa respeitar a integridade da pessoa. Portanto, um cuidado clínico apropriado busca garantir, pelo menos: 1. Que o paciente seja mantido livre de dor tanto quanto possível, de modo que possa morrer confortavelmente e com dignidade. 2. Que o paciente receberá continuidade de cuidados e não será abandonado ou sofrerá perda de sua identidade pessoal. 3. Que o paciente terá tanto controle quanto possível no que se refere às decisões a respeito de seu cuidado e lhe será dada a possibilidade de recusar qualquer intervenção tecnológica prolongadora de “vida”. 4. Que o paciente será ouvido como uma pessoa em seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e esperanças. 5. Que o paciente será capaz de morrer onde queira morrer⁴⁸.

Cicely Saunders estabeleceu o paradigma dos cuidados paliativos como sendo estruturado de maneira holística, integrada e interdisciplinar em que a equipe da saúde possuiria a preocupação em controlar o aspecto sintomático e evolutivo da enfermidade e se relacionar adequadamente com a família do paciente. Esse suporte de saúde deve considerar como relevante os aspectos humanos em sua relação e desenvolvimento psicossocial e espiritual.

Nesse sentido, a atuação do profissional de saúde deve se orientar por princípios bioéticos, sua formação profissional deve ser de excelência e capacitá-lo para aplicar com sensatez o instrumental tecnológico disponibilizado pela ciência. Em outras palavras, a ação do profissional de saúde deverá se orientar pela capacidade e conhecimentos técnicos que satisfaçam o melhor interesse do paciente. Nas situações de conflitos morais, a atitude médica deve objetivar o respeito aos valores morais expressos

⁴⁶ SAUNDERS, Cicely. *St. Christopher's Hospice*, 1967.

⁴⁷ PESSINI, Leo. Distanásia: Até quando investir sem agredir?. *Revista Bioética*, 2009, v. 4, n. 1, 2009, p. 1-11.

⁴⁸ PESSINI, Distanásia: Até quando investir sem agredir?, p. 7-8.

pelo próprio enfermo. A honestidade e o respeito ao paciente no processo comunicativo de informação do prognóstico da enfermidade e sua possibilidade de tratamento e acompanhamento terapêutico e paliativo. Neste caso, se evita o oferecimento de falsas esperanças ao paciente e conduz ao tratamento com serenidade e o reconhecimento da finitude e temporalidade da vida humana.

Considerações finais

O adágio atribuído a Hipócrates pode bem representar as reflexões éticas e bioéticas sobre os cuidados paliativos que foram trilhadas e nos servem de desfecho: “Curar quando possível, aliviar quase sempre, consolar sempre”. Esse sentido hipocrático da medicina como o cuidado holístico do corpo e da alma deve ser o guia para conduzir as práticas de tratamento de saúde na sociedade tecnológica e digital contemporânea.

A proteção a dignidade e a qualidade da vida humana e às pessoas mais vulneráveis são diretrizes éticas para o cuidado em saúde. As pessoas éticas se preocupam com o bem-estar dos outros e desenvolvem práticas em prol do ideal de bem comum desinteressado. As orientações bioéticas se inserem na preocupação com o uso adequado dos cuidados paliativos e seu potencial benefício em reduzir o tempo de internação e sofrimento injustificável dos pacientes. Assim como, esse cuidado em saúde pode garantir a integridade e o bem-estar ao paciente.

Os cuidados paliativos são a expressão da atenção em saúde centrada no paciente e a colaboração para a conclusão da vida biológica e biográfica das pessoas. As reflexões éticas e bioéticas ressaltam a importância da dedicação ao Outro em suas necessidades e afetos. O cuidado em saúde na sociedade tecnológica deve ser revestido pela capacidade humana de demonstrar empatia e se importar com a condição existência da pessoa enferma. De acordo com a deontologia kantiana, essa atenção ao Outro pode ser observada como um dever ético de agir de forma beneficente. A consciência da necessidade da relação do profissional de saúde seja empática e a responsabilidade com o Outro é enfatizada pela perspectiva da ética do cuidado.

As reflexões bioéticas nos conduziram a pensar sobre os cuidados paliativos como a forma de garantia a dignidade humana e o bem-estar ao paciente e sua família. Assim como, a perspectiva bioética despertar a nossa consciência para pensar o desenvolvimento científico e tecnológico em consonância com os princípios éticos e em prol da pessoa humana. A dignidade e a integridade da pessoa humana são objetivos éticos a serem protegidos perante as condições de vulnerabilidade do paciente.

Referências

- AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo horizonte: EdUFMG, 2002.
- ALVES, Rubem. *O médico*. Campinas: Papirus, 2003.
- ARENDT, Hannah. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- BARON, Marcia W.; PETTIT, Philip; SLOTE, Michael. *Three Methods of Ethics: A Debate*. Blackwell Publishing, 2008.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO [CREMESP]. *HIPÓCRATES: O juramento de Hipócrates*. 2022. Disponível em: < <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>>.
- GLEISER, Marcelo. *Criação imperfeita: Cosmos, Vida e o Código Oculto da Natureza*. Rio de Janeiro: Record, 2012.
- HAN, Byung-Chul. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes, 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). *Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos*. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>>.
- KANT, Immanuel. *La metafísica de las costumbres*. Madrid: Tecnos, 1989.
- KÜBLER- ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- LOWN, Bernard. *A arte perdida de curar*. São Paulo: JSN Editora, 1997.
- MANNING, Rita. A Care Approach. In: KUHSE, Helga & SINGER, Peter. *A Companion to Bioethics*. Wiley-Blackwell, 2009, p. 105-115.
- MENDES, Priscilla Biazibetti, PEREIRA, Alexandre de Araújo e BARROS, Ilma da Cunha. Bioética e cuidados paliativos na graduação médica: proposta curricular. *Revista Bioética* [online]. 2021, v. 29, n. 3, p. 534-542. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422021293489>>.
- MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Cuidado, descuido e afecção: uma perspectiva para a humanização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 26, n. 08, 2021, p. 2934. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.12592021>>
- MORIN, Edgar. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez, 2000.
- MOUNT, Balfour; HANKS, Geoffrey; McGOLDRICK, Lorna. The principles of palliative care. In: FALLON, Marie & HANKS, Geoffrey (Org.). *ABC of palliative care*. Oxford: BMJ Books/Blackwell Publishing Ltd, 2006, p. 1-3.
- NULAND, Sherwin B. *Cómo morimos: Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*. Madrid: Alianza Editorial, 1993.
- ONWUTEAKA-PHILIPSEN, Bregje D.; BRINKMAN-STOPPELENBURG, Arianne, PENNING, Corine; JONG-KRUL, Gwen J. F. de; VAN DELDEN, Johannes J. M.

& VAN DER HEIDE, Agnes. Trends in End-of-Life Practices Before and After the Enactment of the Euthanasia Law in the Netherlands from 1990 to 2010: A Repeated Cross-Sectional Survey. In: KUHSE, Helga; SCHÜKLENK, Udo & SINGER, Peter. *Bioethics: An Anthology*. Oxford: Wiley Blackwell, 2016, p. 366-376.

PESSINI, Leo. Distanásia: Até quando investir sem agredir?. *Revista Bioética*, 2009, v. 4, n. 1, 2009, p. 1-11. Disponível em:

<https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357>.

PINTO, Cristhiane da Silva. Quando o tratamento oncológico pode ser fútil? Do ponto de vista da paliativista. *Revista Brasileira de Cancerologia*, n. 54, v. 4, 2008, p. 393-396.

POTTER, Van Rensselaer. *Bioética: ponte para o futuro*. São Paulo: Edições Loyola, 2016.

POTTER, Van Rensselaer. *Bioética Global: Construindo a partir do legado de Leopold*. São Paulo: Edições Loyola, 2018.

REBOLLO, Regina Andrés. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. *Scientiae Studia*, v. 4, n. 1, 2006, p. 45-81. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1678-31662006000100003>>.

SANCHES, Mário Antônio et al. Perspectivas bioéticas sobre tomada de decisão em tempos de pandemia. *Revista Bioética*, v. 28, n. 3, 2020, p. 410-417. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422020283401>>.

SAUNDERS, Cicely. *St. Christopher's Hospice*, 1967. Disponível em: <<https://www.stchristophers.org.uk/tenyears>>. Acesso em 05 mar. 2020.

UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética & Direitos Humanos*, 2005. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative care*. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em 05 mar. 2020.

Alberto Paulo Neto

Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Campus Londrina.
Avenida Jockey Club N. 485 — Jardim Jockey Club
86067000 — Londrina, PR
E-mail: apnsophos@gmail.com.

José Eduardo de Siqueira

Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
Rua Martin Luther King — Lago Parque
86015300 — Londrina, PR
E-mail: eduardo.jose@pucpr.br.