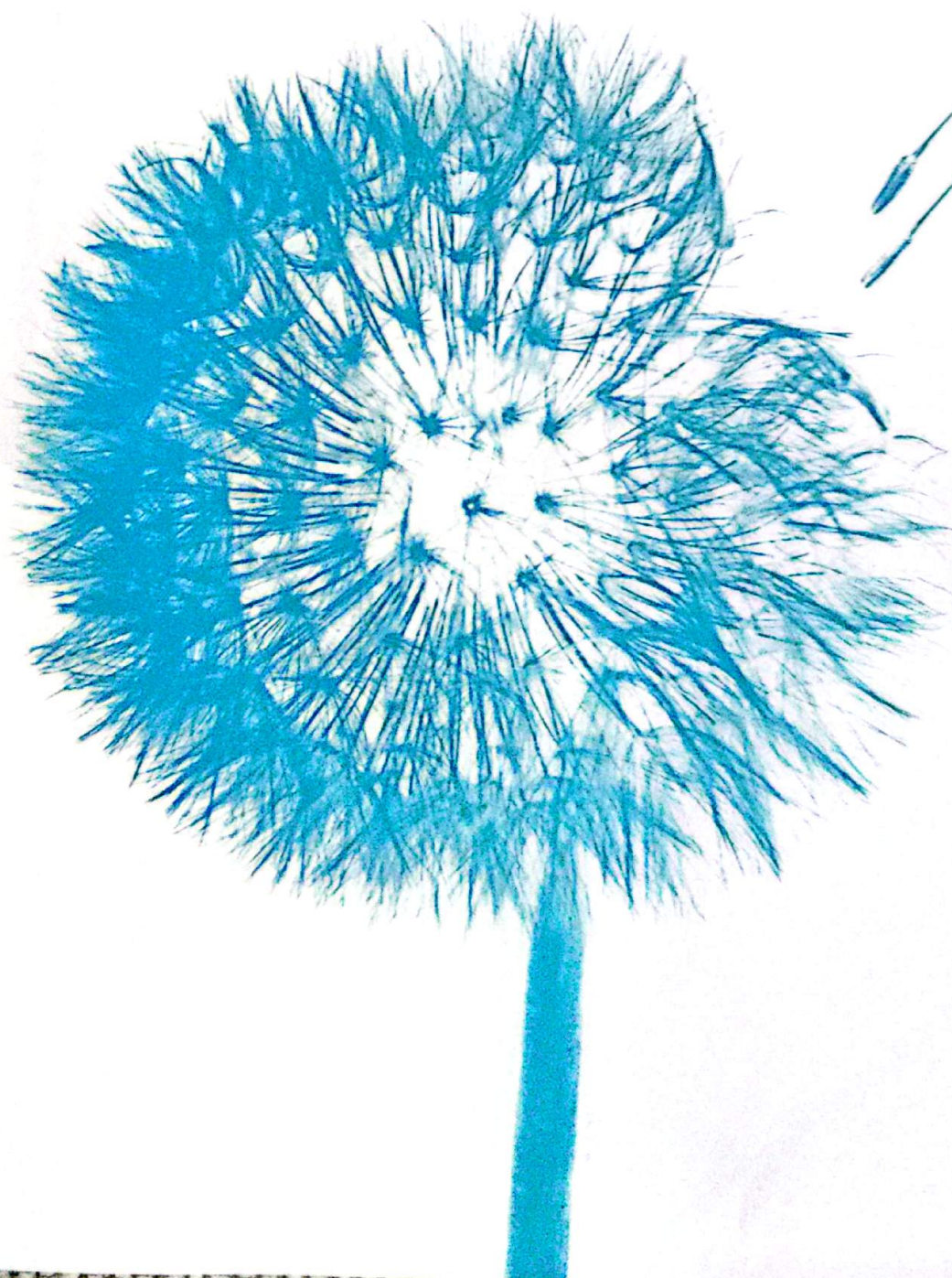


Bioética e Direitos Humanos

Análise sobre o início e o fim de vida



Cristiane
Avancini
Alves

DIALOGAR

Copyright © de autoria: Cristiane Avancini Alves, 2021
Copyright © de edição e publicação: Dialogar®, 2021
Todos os direitos reservados à editora Dialogar®
Marca registrada de Áxios-Educação e Consultoria em Ética Ltda.

Coordenação Editorial: Letícia Ludwig Möller
Revisão: Cristiane Avancini Alves
Capa e Projeto Gráfico: Cintia Belloc

Conselho Editorial Executivo:
José Roberto Goldim
Josué Emilio Möller
Letícia Ludwig Möller
Márcia Santana Fernandes

Selo de Ensaio, Acadêmicos e Científicos

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Alves, Cristiane Avancini

Bioética e direitos humanos : análise sobre o início e o fim de vida / Cristiane Avancini Alves. – Porto Alegre, RS: Dialogar Editora, 2021.

ISBN 978-65-993630-8-5

1. Bioética 2. COVID-19 – Pandemia 3. Cuidados paliativos 4. Direitos humanos 5. Reprodução I. Título.

21-94527

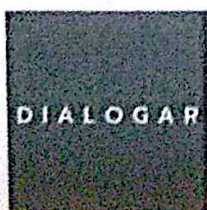
CDU-342.7

Índices para catálogo sistemático:

1. Bioética: Direitos humanos 342.7

Maria Alice Ferreira – Bibliotecária – CRB-8/7964

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida, seja por meios mecânicos, eletrônicos, seja via cópia xerográfica, sem a autorização prévia da Editora.



DIALOGAR | EDITORA

Uma marca de Áxios-Educação e Consultoria em Ética Ltda.
CNPJ 38.127.259/0001-70
Avenida Carlos Gomes, 403/406. 90.480-003
Porto Alegre/RS-Brasil
Site: www.dialogar.net.br | E-mail: contato@dialogar.net.br

o idioma que falamos molda nossa maneira de pensar tem ajudado a desvendar o modo como criamos o conhecimento, construímos a realidade e usamos nossa inteligência – o que nos ajuda a compreender exatamente a essência daquilo que nos faz humanos”³²⁶. A conjugação entre o princípio bioético da beneficência, o princípio da autonomia e o princípio da dignidade da pessoa humana cria o laço comum entre ordenamentos jurídicos que afirmam a pessoa humana como “valor-fonte”³²⁷ de sua formação social, em sua totalidade e complexidade.

5.2 Cuidados paliativos

Há uma delicada e não menos profunda percepção quanto à importância dos denominados “cuidados paliativos” no atual debate sobre o fim de vida. Esse tema foi roteiro de um interessante filme italiano ambientado, inicialmente, na década de 1970 numa praia da Toscana, quando uma bela jovem ganha o concurso de “mãe mais bonita” daquele verão³²⁸. Os anos passam, e a agora senhora luta contra um câncer que não a desanima; pelo contrário, sempre com um sorriso nos lábios, ela procura unir, novamente, sua família, e restabelecer laços que tinham se perdido com o tempo. Esse panorama dos cuidados paliativos ultrapassa as telas do cinema e se torna tema legislativo em diversos países.

Inicialmente, deve-se traçar o caminho que antecede conceitos e percepções quanto ao fim de vida e, assim, sobre a concepção de morte no tempo. Nesse sentido, registra-se que a morte, na Idade Média, tinha uma característica essencial: ela dava tempo, ao ser humano,

326. BORODITSKY, Lera. Como a linguagem modela o pensamento. *Scientific American/Mente Cérebro*, Ano XIX, nº 247, Agosto 2013, p. 35.

327. Expressão de Miguel Reale: REALE, Miguel. *Pluralismo e liberdade*. São Paulo: Edição Saraiva, 1963, p. 74.

328. A história do filme e sua relação específica com os cuidados paliativos foram analisados em: AVANCINI ALVES, Cristiane. “La prima cosa bella”: uno sguardo alle cure palliative. *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 22, mayo 2011, p. 48-55.

de ser avisado sobre a sua chegada. Escritos literários demonstram que a morte era anunciada por sinais naturais ou premonições sobrenaturais, e esse anúncio possuía uma conotação positiva, porque era parte da vida cotidiana. Por exemplo, um documento do ano de 1.151, conservado no Museu dos Agostinhos (também conhecido como Museu das Belas Artes de Toulouse, na França), descreve como o sacristão de São Paulo de Narbona viu que estava para morrer: “*Mortem sibi instare cernerat tanquam obitus sui prescius* (Viu a morte ao seu lado como se assim tivesse pressentido). Fez seu testamento entre os monges, confessou-se e foi para a igreja receber o *corpus domini* e lá morreu”³²⁹.

Na passagem do tempo, entre a metade dos Oitocentos e o primeiro período dos Novecentos, começa a se impor a especialização científica e, gradualmente, diminui a perspectiva filosófica-científica, em que a morte não é mais um evento que se insere em um contexto “cósmico natural”. A manifestação da morte é compreendida pelo médico através das percepções antropológicas e meios culturais válidos para o grupo social em que ele atua diretamente, pois esses meios culturais, próximo ao leito do paciente e do drama da morte domiciliar, o farão partícipe de uma vivência comunitária, como um ritual que é capaz, em parte, de compensar a ainda necessária compreensão dessa realidade filosófico-científica³³⁰. O médico que atua no período dos Novecentos entra nesse contexto com a “capacidade de conjugar à progressiva *tecnologia* que se desenvolve, destinada a aumentar a quantidade da vida e a melhorar a sua qualidade, a insubstituível presença de uma *antropologia* relacional, que possui, entre suas tarefas principais, aquela de tornar melhor a qualidade de morrer”³³¹.

329. ARIÈS, Philippe. *L'uomo e la morte dal Medioevo a oggi*. Título da edição original “L’homme devant la mort”, tradução de Maria Garin. Roma-Bari: Editori Laterza, 1989, p. 7.

330. Considerações de: MONDELLA, Felice, In DI MOLA, Giorgio (org). *Cure palliative: approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili*. Milano: Masson, 1994, p. 7.

331. Originalmente: “capacità di associare all’apporto progressivo della *tecnologia* in divenire, destinata ad aumentare la quantità di vita e a migliorarne la qualità, l’insostituibile portato di un’*antropologia* relazionale che ha tra i suoi compiti primari anche quello di rendere migliore la qualità del morire”. COSMACINI, Giorgio. *Testamento biologico: idee ed esperienze per una morte giusta*. Bologna: Il Mulino, 2010, p. 43. O autor transcreve como

Essa mesma tecnologia levou ao desenvolvimento da biomedicina, que se reflete na busca de cuidados de saúde, tratamento e cura. Os hospitais tornaram-se lugares onde a técnica e a ciência podem ser aplicadas em benefício do paciente, usando as ferramentas adequadas com profissionais que objetivam a sua recuperação. Contudo, a cura, se percebida como objetivo absoluto no tratamento clínico, afasta a naturalidade da morte. Isso pode acontecer porque o desenvolvimento das tecnologias dirigidas à área médica leva seus profissionais a buscar a manutenção da vida, mas o limite entre o uso dessa mesma tecnologia como um instrumento, e não como o fim último para o bem do paciente, torna-se extremamente tênue. A percepção da denominada “obstinação terapêutica”³³², nesse contexto, demonstra a dificuldade de equilibrar a vida e a morte quando elas se aproximam.

a morte era descrita nas páginas do jornal “A Itália sanitária”, de 1909. Ele narra que a solidão daquele que está para morrer é contraposta em um contexto de participação emotiva dos familiares, que solicita a presença do médico e, assim, ameniza a frustração do mesmo pela morte do paciente: “La vecchieta moriva. Il male onde era tormentata nei suoi ultimi giorni non consentiva illusioni. Moriva. Tuttavia l’inferma aveva detto al medico condotto con un filo di voce: ‘Torna ancora a vedermi nella notte?’, e il medico aveva promesso di tornare. Anche i parenti, tutti raccolti intorno al letto della morente, avevano ripetuto la preghiera: ‘Torni, dottore’. Ed egli, chinando la fronte, aveva replicato la promessa: ‘Tornerò’”.

332. Na Itália, a expressão “accanimento terapeutico” (ou “obstinação terapêutica” em português), constitui um reflexo não apenas do desenvolvimento biotecnológico, mas é, também, constituído de uma singular maneira de olhar a morte, que, por vezes, se configura como uma negação da própria finitude humana. Nesse sentido, o Comitê Nacional para a Bioética italiano (CNB) elaborou um parecer que sugere a denominação “obstinação clínica” para caracterizar a situação referida. Diz o parecer *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico*, publicado em 24 de outubro de 2008: “Un ulteriore profilo che occorre considerare consiste nella distinzione fra rifiuto/rinuncia a cure proporzionate e a cure sproporzionate (che rientrano nella nozione di ‘accanimento terapeutico’). L’espressione ‘accanimento terapeutico’, pur se largamente usata, appare generica e di per sé contraddittoria se riferita ai casi in cui i mezzi impiegati non esplichino più, di fatto, alcun effetto terapeutico. Per questo motivo il CNB ritiene preferibile utilizzare l’espressione ‘accanimento clinico’, riferendosi con essa ad una sproporzione fra l’efficacia e la gravosità delle cure praticate e i benefici ottenibili nelle circostanze cliniche concrete (si parla, a tale riguardo, di ‘cure futili’), fermo restando che ogni trattamento va valutato bilanciandone i potenziali apporti positivi (beneficialità) o negativi (*neminem laedere*). O artigo 16 do *Codice di Deontologia Medica* (2006), da Federação Nacional da Ordem dos Médicos e Dentistas, assim dispõe: “Art. 16–Accanimento diagnostico-terapeutico – Il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall’ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita”.

Uma espécie de medo sobre a própria pronúncia e expressão da palavra morte é refletido no desafio da ciência em manter vivo o paciente, especialmente quando o hospital se torna o lugar onde a morte não está prevista porque “a medicina, que foi fundada como um baluarte para a defesa da vida, é forçada a assumir o encargo da morte. Ao assumir esse peso, encontra-se, muitas vezes, desconfortável, tendo de alterar sua referência e transferir sua meta de cuidar para curar”³³³. Nesse contexto, os cuidados paliativos têm um papel importante: olhar para o paciente na sua totalidade, aproximando o processo da morte à sua naturalidade e àquilo que cada pessoa entende ou se posiciona com relação ao fim de sua própria vida.

Esse tema possui importante debate no cenário internacional. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos

consistem na abordagem ou atuação que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam o problema associado a doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de uma identificação precoce e avaliação e tratamento impecáveis da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais³³⁴.

Nesse contexto e na relação com os cuidados paliativos, a OMS afirma a vida e vê a morte como um processo normal, sem qualquer intenção de acelerar ou retardar esse processo³³⁵.

333. COSMACINI, Giorgio. *Testamento biologico: idee ed esperienze per una morte giusta*. Bologna: Il Mulino, 2010, p. 43.

334. Originalmente: “Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual”. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em 10 de setembro de 2021.

335. Indicação da OMS: “affirms life and regards dying as a normal process; intends neither to hasten or postpone death”. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em 10 de setembro de 2021.

A origem da palavra “paliativo” advém do latim *pallium* (manto, pálio, um termo que hoje caracteriza o *pálio papal*, uma estola de lã de carneiro que simboliza a ovelha perdida que o bom pastor carrega em seus ombros). Com essa imagem, o termo “cuidado paliativo” refere-se ao atendimento a pacientes com doenças terminais com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida, ao invés de prolongar a sobrevida, oferecendo aos pacientes e a suas famílias um cuidado contínuo e abrangente no que diz respeito tanto aos aspectos médicos e de saúde quanto aos psicossociais, existenciais e espirituais, em um único modelo holístico³³⁶.

Nesse ponto, a percepção do sofrimento entendido num aspecto mais amplo, que inclui não apenas a dor física, torna-se elemento de reflexão conjugado à própria evolução das tecnologias e das práticas biomédicas. Sendo assim, se o aparato técnico em relação ao tratamento de doenças está em constante desenvolvimento, “o que permanece, porém, inalterada, é a natureza intrínseca do homem, com suas necessidades básicas”³³⁷. Nesse cenário, a formação de estruturas de acolhimento de pacientes que possuem diagnóstico de poucos meses de vida é demonstração do quanto esse tema também está em processo de desenvolvimento e aprimoramento no cenário mundial.

O estudo da formação dessas estruturas é ponto importante para a compreensão da abrangência dos cuidados paliativos. Elas surgem com a denominação “hospice”, que traduz o termo em latim *hospitium* e retoma a imagem de um lugar de acolhimento³³⁸. O simbolismo que circunda o *hospice* remete a um lugar onde os viajantes, os peregrinos, os doentes, os feridos e, até mesmo, aqueles que estavam por morrer podiam parar e encontrar repouso e conforto

336. Definição em: CETTO, Gian Luigi. La funzione delle cure palliative nel garantire la dignità della persona e il raggiungimento di una “buona morte”. *Il Sole 24 Ore – Sanità*, marzo 2010, p. 23.

337. MITSCHERLICH, Alexander. *Malattia come conflitto*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore, 1977, pp. 8-9.

338. CUNIETTI, Ettore; VIGANÒ, Antonio; MONTI, Massimo; CRUCIATTI, Flavio, In DI MOLA, Giorgio (a cura di). *Cure palliative: approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili*. Milano: Masson, 1994, p. 184.

no período que abrange a Idade Média. Essa abordagem, ainda que com as mudanças decorrentes da evolução dos tratamentos médicos, permanece até hoje através da “importância que o *hospice* oferece aos cuidados paliativos do que aos curativos, à qualidade da vida ao invés da quantidade da vida, ao alívio físico e espiritual do paciente ao invés da aplicação dos regimes terapêuticos e preordenados que seriam, de qualquer forma, não mais decisivos”³³⁹.

O *hospice*, por isso, não se identifica com um lugar em que são oferecidos benefícios assistenciais específicos, mas é um conceito de atendimento destinado a uma categoria específica de pacientes, aqueles cuja expectativa de vida pode ser medida em semanas ou meses. A intervenção daquele que trabalha com os cuidados paliativos não acontece só nos últimos dias de vida do paciente, mas muito antes da fase avançada da doença³⁴⁰. Os cuidados paliativos preocupam-se, em primeiro lugar, em combater a dor e os outros sintomas relacionados com a doença, e de prestar serviços de ordem social, espiritual e psicológico para o paciente e sua família, especialmente na casa do paciente, mas também em clínicas ou enfermarias especializadas. Neste sentido, o *hospice* é também definido como um “centro de cuidados paliativos”, um conceito que pode ser aplicado para diferentes lugares, mas que permanece conceitualmente igual em seus fundamentos³⁴¹.

Registra-se que a primeira experiência que pode se aproximar de uma estrutura semelhante a de um *hospice* moderno remonta à época do Imperador Juliano o Apóstata, no século V d.C., quando

339. Originalmente: “nel privilegio che l’hospice dà ai trattamenti palliativi piuttosto che curativi, alla qualità della vita piuttosto che alla quantità della vita, al sollievo fisico e spirituale del paziente piuttosto che all’applicazione di schemi terapeutici preordinati e, comunque, non risolutivi”. CIRILLO, Mario. In GIORGETTI, Raffaella. *Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*. Maggioli Editore, 2002, pp. 90-91.

340. VALENTI, Danila. Curare quando non si può guarire. In *La Professione: medicina, scienza, etica e società*. Trimestrale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Convegno Nazionale “Dichiarazioni anticipate di volontà”, Terni, XII Giugno MMIX, p. 135.

341. CIRILLO, Mario. In GIORGETTI, Raffaella. *Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*. Maggioli Editore, 2002, pp. 93-94.

uma nobre romana que deixou a vida civil para entrar na vida religiosa, Fabíola, seguidora de São Jerônimo, fundou um *hospitium* para viajantes, doentes e para aqueles que estavam por morrer. O termo *hospice*, que originou o sentido da expressão “cuidados paliativos”, foi introduzido pela primeira vez na língua francesa no século XIX, por Madame Jeanne Garnier: ela abriu o primeiro *hospice* na cidade de Lyon, na França, em 1843. O mesmo termo foi posteriormente adotado em Dublin, pelas *Irish sisters of charity*, quando inauguraram, em 1879, o denominado *Our Lady's Hospice*. Outras sucessivas estruturas foram criadas no *St. Luke's Hospital (Home for dying poor*, 1893) e, posteriormente, foi criado o *St Joseph's Hospice, Hackney* (1905), na Inglaterra³⁴².

O primeiro *hospice* com as características de envolvimento dos cuidados paliativos semelhantes aos atuais foi idealizado por Dame Cicely Saunders, em 1967, na Inglaterra. O *St. Christopher's Hospice*, localizado em um subúrbio de Londres, criou o protótipo do *hospice* moderno, formado por uma equipe multidisciplinar e que se apresentava como uma alternativa para a casa do paciente, uma vez que possibilitou um atendimento de saúde específico sem interrupção (24h), em um ambiente confortável e como alternativa para o hospital. Promoveu, também, a personalização do tratamento e possibilitou a presença contínua de familiares e amigos próximos ao paciente³⁴³.

Os custos de gestão e o acesso a uma estrutura hospitalar para exames de diagnóstico e laboratoriais foram as principais limitações do *hospice*, pois, conceitualmente e operacionalmente, os cuidados paliativos ocupavam uma postura diversa daquela do hospital e, assim, não eram próximos à medicina convencional. Esse cenário mudou com a transformação de um departamento do hospital Royal

Victoria de Montreal (Canadá), em um *hospice*, criando as condições para a integração da medicina tradicional e os cuidados paliativos, o que permitiu “não apenas uma melhor integração das possibilidades técnico-científicas oferecidas por um hospital moderno (= high-tech), com os objetivos reais dos cuidados paliativos (= high touch), mas, também, uma formação prática na assistência aos que estavam por morrer, que vinha inserida na formação de todos os profissionais de saúde”³⁴⁴.

No âmbito jurídico, há países que introduziram legislativamente o tema em seu panorama legal. Por exemplo, a Lei 2/2010 *Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte* da Andalúcia, na Espanha, afirma em seu preâmbulo que “O direito a uma vida humana digna não pode ser obstaculizado com uma morte indigna. O ordenamento jurídico está, portanto, chamado também a concretizar e proteger este ideal da morte digna”³⁴⁵. O Conselho Geral Médico espanhol, em uma declaração sobre a atenção médica ao final da vida, indicou que

O progressivo aumento do número de pessoas que precisam de cuidados paliativos constitui, atualmente, um paradigma que já não pode mais ser considerado como uma situação marginal no ensino das Faculdades de Medicina. A demanda social

344. Originalmente: “non soltanto un migliore confronto delle possibilità tecnico-scientifiche offerte da un moderno ospedale (= high-tech) con i reali obiettivi delle cure palliative (= high touch), ma anche una formazione pratica nell'assistenza al morente che veniva inserita nel tirocinio di ogni operatore sanitario”. CUNIETTI, Ettore; VIGANÒ, Antonio; MONTI, Massimo; CRUCIATTI, Flavio, In DI MOLA, Giorgio (a cura di). *Cure palliative: approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili*. Milano: Masson, 1994, p. 185.

345. Originalmente: “El derecho a una vida humana digna no se puede truncar con una muerte indigna. El ordenamiento jurídico está, por tanto, llamado también a concretar y proteger este ideal de la muerte digna”. Indica o preâmbulo, ainda, que “La dimensión concreta de este ideal y los derechos que generan han sido motivo de debate en los últimos años, no solo en nuestro país, en nuestra Comunidad Autónoma, sino en el mundo entero. Sin embargo, hoy en día puede afirmarse que existe un consenso ético y jurídico bastante consolidado en torno a algunos de los contenidos y derechos del ideal de la buena muerte, sobre los que inciden los artículos de la presente Ley”. Disponível em: <http://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/pdf.do?tipodoc=coleccion&id=47573&cley=2>. Acesso em 13 de setembro de 2021.

342. Aspectos históricos deste parágrafo em: *Hospice in Italia*. Prima rilevazione ufficiale. Pubblicazione realizzata nell'ambito del progetto “Rete degli Hospice Italiani”, in partnership tra la Società Italiana di Cure Palliative (SICP), Fondazione Isabella Seràgnoli e Fondazione Floriani e con il patrocinio del Ministero della Salute. Disponível em: www.salute.gov.it.

343. CUNIETTI, Ettore; VIGANÒ, Antonio; MONTI, Massimo; CRUCIATTI, Flavio, In DI MOLA, Giorgio (a cura di). *Cure palliative: approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili*. Milano: Masson, 1994, pp. 184-185.

da medicina paliativa é um bom exemplo para entender a urgência das reformas nos planos de estudo, mais adaptados às necessidades da sociedade³⁴⁶.

Na França, os cuidados paliativos foram oficialmente introduzidos no sistema nacional através da *circulaire Laroque* de 1986, relativa “à organização e acompanhamento dos doentes em fase terminal”. Após a proposta do deputado Jean Leonetti sobre “o acompanhamento do fim de vida”, realizada em 2002, foi promulgada a *Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie* em 2005, e em fevereiro de 2010 o governo francês inaugurou um “Observatório nacional do fim de vida”³⁴⁷. O Observatório tem como objetivo divulgar informações sobre os aspectos da lei relativa ao fim da vida³⁴⁸.

No cenário italiano, o então Ministro da Saúde autorizou, em outubro de 1998, a implementação de 2.900 leitos para o âmbito dos cuidados paliativos. O decreto ministerial de 28 de outubro de 1999, relativo à Lei n. 39, de 26 de fevereiro de 1999³⁴⁹, determinou a reali-

346. Originalmente: “El progresivo incremento de personas que precisan cuidados paliativos constituye actualmente un paradigma que ya no se puede considerar como cuestión marginal en la enseñanza de las Facultades de Medicina. La demanda social de medicina paliativa es un buen ejemplo para entender la urgencia de reformas en los planes de estudio más adaptadas a las necesidades de la sociedad”. Declaración sobre la atención médica al final de la vida. The Collegiate Medical Organization. Working group on Medical care at the end of life. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Vol. 17, núm.1, pp. 63-64 (Enero 2010). Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-sociedad-espanola-del-dolor-289-pdf-S1134804610700100>. Acesso em 13 de setembro de 2021.

347. JORF n°0092 du 20 avril 2010 page 7331–texte n° 60–Arrêté du 12 avril 2010 fixant la composition du comité de pilotage de l’Observatoire national de la fin de vie, <http://www.legifrance.gouv.fr>.

348. Tem, ainda, como missão: “Comme le précise son décret de création, cet Observatoire a pour missions d’indiquer les besoins d’information du public et des professionnels de santé à partir de l’étude des conditions de la fin de vie et des pratiques médicales qui s’y rapportent. Il doit également identifier les besoins dans le champ de la recherche, et promouvoir l’émergence de recherches pluridisciplinaires dans le domaine de la fin de vie. L’Observatoire doit, chaque année, remettre un rapport au ministre de la santé ainsi qu’au Parlement, et le rendre public”. Observatoire National de la Fin de Vie – Rapport 2011. Disponível em: <https://www.ined.fr/fichier/rte/2/Ressources/etats-recherche/rapport-onfv.pdf>. Acesso em 13 de setembro de 2021.

349. Legge 26 febbraio 1999, n. 39, “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti

zação do programa de cuidados paliativos previsto no Plano Sanitário Nacional de 1998-2000, e introduziu linhas de atuação para a estruturação de centros de cuidados paliativos e dos critérios de integração desses centros com outras atividades assistenciais³⁵⁰. Nesse campo, são indicadas duas leis fundamentais sobre o tema: a primeira teve como objetivo principal o financiamento do *hospice* para auxiliar seu nascimento e desenvolvimento, o que ocorreu em 1999³⁵¹; a segunda, em 2010, buscou o entrelaçamento da rede de cuidados paliativos, ou seja, a integração entre *hospice* e assistência domiciliar³⁵².

Especialistas nesse assunto afirmam que, normalmente, o *hospice* recebe pacientes com capacidade de discernimento e decisão, que assim permanecem até seus últimos dias de vida, estando habilitados a se manifestar e relacionar como todos aqueles que os circundam³⁵³. O contexto dos cuidados paliativos relaciona-se a um processo de cura, que envolve tanto o paciente quanto sua família. Os funcionários e a

di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000”, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 48 del 27 febbraio 1999.

350. CIRILLO, Mario, In GIORGETTI, Raffaella. *Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*. Maggioli Editore, 2002, p. 100.

351. Legge 26 febbraio 1999, n. 39, “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000”, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 48 del 27 febbraio 1999.

352. Legge 15 marzo 2010, n. 38, “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 19 marzo 2010.

353. In questo contesto, l’importanza del rispetto alla volontà del malato è coinvolto e valorizzato tramite il rapporto medico-paziente. “È chiaro che i nostri pazienti si riferiscono e si relazionano con noi quotidianamente e quotidianamente possono, e devono poter, modificare le indicazioni, le direttive, già espresse. Sempre nell’ambito di una forte relazione paziente-medico. È quando il malato non riesce più ad esprimersi che noi dobbiamo tenere, non in massimo conto, ma assolutamente in conto delle indicazioni che questi aveva dato quando era in stato di lucidità. (...) Per curarlo e assisterlo al meglio, non per abbandonarlo. Sulla base del suo concetto di qualità di vita, non sulla base del concetto di qualità di vita di un medico che, come può essere un medico del Pronto Soccorso, pur nella sua massima competenza di medico, non ha mai conosciuto il paziente, non ha mai parlato con il malato, con il quale non ha mai avuto la possibilità di portare avanti una profonda relazione paziente-medico”. VALENTI, Danila. Curare quando non si può guarire. In *La Professione: medicina, scienza, etica e società*. Trimestrale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Convegno Nazionale “Dichiarazioni anticipate di volontà”, Terni, XII Giugno MMIX, p. 136.

equipe médica auxiliam ambas as partes, pois os familiares sofrem indiretamente da mesma doença do paciente, tornando-se parte de todo o processo. É por isso que “se passa da unidade de cura ‘individual’ para uma unidade de cura ‘social’”³⁵⁴.

Nesse ponto, o princípio da autonomia possui força fundamental, associado ao art. 6º da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, quando se faz referência ao consentimento. Cita-se, ainda, o art. 8º desse documento, por se tratar da preservação da integridade da pessoa humana, bem como o art. 11, ao indicar a não discriminação e a não estigmatização de cada indivíduo. Esse mesmo princípio é trazido, também, nas palavras de Stefano Rodotà, que alerta para uma espécie de “direito à doença”, ou seja, para além do direito à cura “se percebe a necessidade de aceitação social do doente, da não discriminação de quem sofre anomalias físicas ou psíquicas, como indispensável requisito da sua decisão de perceber a vida para além dos sofrimentos e dos meios que possam aliviar materialmente”³⁵⁵. Para o autor, apenas quando a dor não for considerada um mecanismo de exclusão – da família, do trabalho, da vida em comum – que irão crescer as possibilidades de não se ver (a dor) como um atentado à dignidade e, assim, aceitá-la e com ela conviver. É, propriamente, o equilíbrio entre essas considerações e a dignidade da pessoa³⁵⁶.

354. CIRILLO, Mario, In GIORGETTI, Raffaella. *Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*. Maggioli Editore, 2002, p. 90.

355. Originalmente: “si scorge la necessità dell'accettazione sociale del malato, della non discriminazione di chi soffre anomalie fisiche o psichiche, come indispensabile premessa della sua decisione di considerare la vita al di là delle sofferenze e dei mezzi che possano materialmente alleviarle”. RODOTÀ, Stefano. *La vita e le regole: tra diritto e non diritto*. Milano: Feltrinelli Editore, 2006, p. 214.

356. ANDORNO, Roberto. La notion de dignité humaine est-elle superflue en bioéthique? *Revue Générale de Droit Médical*, n° 16, 2005, pp. 95-102. O autor afirma que não se deve confundir o respeito pela pessoa com a sua dignidade: “Ce serait comme confondre la cloche et le son qu'elle produit, la cause et l'effet. Autrement dit, l'idée de dignité est préalable à celle de respect et vise à répondre à la question 'pourquoi doit-on respecter les personnes?'. La notion de dignité n'est pas non plus synonyme d'autonomie. Certes, le respect de l'autonomie des personnes fait partie de ce que réclame leur dignité. Mais ces deux notions ne s'identifient pas. Autrement, les individus qui ne sont pas encore moralement autonomes, comme les nouveaux-nés, ou ceux qui ont déjà perdu de façon irréversible leur autonomie morale, comme certains individus atteints de maladies mentales, n'auraient aucune dignité, ce qui n'est pas le cas”.

expressa, também, pela sua autonomia, que sedimenta a implementação dos cuidados paliativos.

No cenário brasileiro, o Código de Ética Médica (CEM) refere-se à terminalidade da vida e entre seus princípios fundamentais assim dispõe: “XXII–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”³⁵⁷. No art. 36, parágrafo 2º, tem-se como vedado ao médico “Abandonar paciente sob seus cuidados. (...) § 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou à sua família, o médico não o abandonará por este ter doença crônica ou incurável e continuará a assisti-lo e a propiciar-lhe os cuidados necessários, inclusive os paliativos”. Entende-se que, dessa forma, o Código “preconiza o surgimento da identidade do médico como orientador e parceiro do paciente, a partir de uma visão não só biológica, mas fundamentalmente humanista”³⁵⁸. Novamente, ressalta-se a percepção da totalidade da pessoa humana e, mesmo que não haja legislação específica sobre o tema no Brasil, é necessário o delineamento de diretrizes que possam garantir a prática dos cuidados paliativos no país.

Deve-se atentar, portanto, à percepção de como as políticas públicas devem atuar e assumir responsabilidades quanto à implementação dos cuidados paliativos como tratamento partícipe do panorama sanitário. Nesse sentido, o não oferecimento do acesso a esse cuidado poderia ser alvo de efetiva discussão também no âmbito jurídico. De acordo com John Keown, “a lei, tanto civil como penal, pode ter um papel importante a desempenhar, não apenas para reivindicar os direitos das pessoas para quem foi negado o alívio da dor e do sofrimento, mas, também, como um estímulo para promover a prática adequada”³⁵⁹.

357. Código de Ética Médica. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/>.

358. CHAVES, José Humberto Belmino; MENDONÇA, Vera Lúcia Gama de; PESSINI Leo; REGO, Guilhermina; NUNES, Rui. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. *Rev Dor*. São Paulo, 2011 jul-set;12(3):250-5.

359. Originalmente: “the law, both civil and criminal, may have a significant role to play not only in vindicating the rights of those denied reasonable relief from pain and suffering,

O diretor do filme "La prima cosa bella", citado no início deste tópico, disse, numa conferência à imprensa, que os atores que participaram das filmagens viveram essa experiência através da mistura de "morfina e alegria"³⁶⁰. Ele referiu que a intenção da obra foi passar ao público um olhar sobre a morte que não fosse necessariamente trágico, mas que pudesse ser um contexto capaz de ainda atribuir alegria para a vida até seu último momento. A conexão entre a ficção e a realidade reside na permanente garantia à dignidade da pessoa humana em todas as suas fases, especialmente percebendo-se que seu começo e fim são percursos naturais da nossa existência.

5.3 As questões de fim de vida e a pandemia de COVID-19

A pandemia de COVID-19 trouxe novos dilemas relativamente ao fim de vida, especialmente quanto aos contornos do cuidado, prevenção e tratamento associados ao vírus. A efetivação da dignidade da pessoa humana torna-se, nesse contexto, um desafio ainda maior, na medida em que elementos públicos e privados perpassam o tema. Se, por um lado, há a busca por vacinas e o aprimoramento de estudos científicos para o entendimento do combate ao vírus, com o envolvimento dos Estados na consecução de políticas públicas na área da saúde, por outro lado há o acompanhamento familiar agora apartado pelo distanciamento necessário para a não contaminação, bem como um doloroso processo de luto mediante as restrições funerárias³⁶¹.

Retoma-se, nesse contexto, a importância do "fator temporalidade", pois as disposições relativas à própria pandemia tendem a se alterar com o avanço das pesquisas científicas e da composição de

but also as a fillip to promote reasonable practice". KEOWN, John. The law and ethics of medicine: essays on the inviolability of human life. Oxford University Press, 2012, p. 326.

360. Entrevista: "E per il regista Virzì anche la morte diventa una 'cosa bella'". *Il Sole 24 Ore - Sanità*, 16-22 marzo 2010, Primo Piano, p. 3.

361. Documento do Ministério da Saúde brasileiro disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/manejo-de-corpos-no-contexto-da-covid-19>. Acesso em 10 de setembro de 2021.

medicamentos que possam vir a atenuar a mortalidade ou as consequências patológicas advindas da contaminação com o vírus. Portanto, no caso das diretivas antecipadas de vontade, a atualização do documento frente ao contexto pandêmico é um elemento sensível de análise. A Cruz Vermelha Suíça orienta que, caso determinada pessoa já possua seu documento de diretivas antecipadas, mas entenda que sua postura frente a um caso grave de infecção pela COVID-19 diverge das medidas e tratamentos voltados ao prolongamento da vida, essa pessoa poderá se manifestar em seu documento, pontuando a sua posição, ou anexando um texto complementar a respeito³⁶².

Há, nesse cenário, uma significativa ponte entre as diretivas antecipadas de vontade e os cuidados paliativos, ao se perceber que, muitas vezes, o elo de comunicação entre o familiar, o paciente e a equipe médica pode ser fragmentado pela premência da pandemia e de suas repercussões, especialmente no âmbito do processo de tomada de decisão. Em muitos casos, são os familiares que poderão fornecer "informações cruciais que desempenharão valor no reconhecimento dos limites e possibilidades de cuidado, até mesmo em questões de diretivas antecipadas de vontade"³⁶³. Amplia-se, assim, a reflexão "de que os cuidados paliativos não se restringem apenas aos cuidados do paciente, mas também ao familiar que sofre com o isolamento social e/ou perda do ente".

O debate acerca da dimensão dos cuidados paliativos no âmbito da pandemia abrange, ainda, elementos relativos a novos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde. Um estudo de autoria de membros do Cicely Saunders Institute, do King's College de Londres³⁶⁴, retrata

362. Le direttive anticipate della CRS. Pandemia di coronavirus: spiegazioni sulle direttive anticipate. Disponível em: <https://www.redcross.ch/it/pandemia-di-coronavirus-spiegazioni-sulle-direttive-anticipate>. Acesso em 10 de setembro de 2021.

363. Citações deste parágrafo em: MATOS, Bruno Souza de, CONCEIÇÃO, Tatiana Maita Alves. Reflexões sobre Cuidados Paliativos no Brasil durante a Pandemia. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2020; 66(TemaAtual):e-1242.

364. Considerações e citações desse parágrafo em: ETKIND, Simon N., BONE, Anna E., LOVELL, Natasha, CRIPPS, Rachel L., HARDING, Richard, HIGGINSON, Irene J., and Katherine E. SLEEMAN. The Role and Response of Palliative Care and Hospice Services in Epidemics and Pandemics: A Rapid Review to Inform Practice During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 60, No. 1 July 2020.

que a pandemia de COVID-19 suscitou a necessidade de adaptações às realidades hospitalares, demandando flexibilidade às equipes médicas e rápida alocação de recursos para o tratamento dos pacientes. Contudo, os dados de análise ainda são escassos, o que leva a discussão ao entendimento de possíveis balanceamentos entre o cuidado paliativo comunitário ("community palliative care") e o cuidado em "hospice" ou em centros de cuidados paliativos. No âmbito do cuidado paliativo comunitário, uma solução seria o planejamento e controle dos pacientes para evitar a admissão hospitalar e respeitar o desejo de quem prefira permanecer em casa. Um outro caminho seria acrescentar a esse panorama a atuação de voluntários que, devido às medidas de distanciamento social, possam efetuar o acompanhamento de pacientes por meios digitais ou telefone, treinados para apoio psicológico. Entretanto, a possível rápida evolução do vírus para o sistema respiratório pode levar à necessidade de internação hospitalar. Sendo assim, os autores ressaltam a escassez de estudos frente ao tema, e sugerem que "Em uma pandemia que deve durar vários meses, como o COVID-19, a implementação de sistemas de coleta de dados antecipadamente ajudaria os serviços a planejar e melhorar o atendimento e poderia ser usado para projetar necessidades futuras"³⁶⁵. Consideram, ainda, que "As situações de pandemia introduzem desafios éticos complexos relativos à alocação de recursos escassos, e as equipes de cuidados paliativos estão bem posicionadas para ajudar os pacientes e cuidadores a discutir preferências e fazer planos de cuidados antecipados"³⁶⁶.

Um editorial da Revista *The Lancet*, em 2020³⁶⁷, trouxe a preocupação com a sobrecarga do sistema de saúde frente à pandemia, o que tornaria especialmente vital, mas, também, difícil o fornecimento de cuidados paliativos seguros e eficazes. No cenário pandêmico, há

365. Originalmente: "In a pandemic expected to last for several months such as COVID-19, implementing systems of data collection early would help services to plan for and improve care and could be used to project future needs".

366. Originalmente: "Pandemic situations introduce complex ethical challenges concerning allocation of scarce resources, and palliative care teams are well placed to help patients and carers discuss preferences and make advance care plans".

367. Considerações e citações desse parágrafo em: Palliative care and the COVID-19 pandemic. Editorial. *The Lancet*, Vol. 395, April 11, 2020, p. 1168.

o enfoque de que "O tempo é curto quando os pacientes se deterioram rapidamente, os profissionais de saúde estão sobrecarregados, o isolamento é obrigatório e as famílias são aconselhadas a não tocar ou mesmo ficar no mesmo quarto que seus entes queridos"³⁶⁸. Para além desse panorama, há a consideração de que "Esse cenário será agravado principalmente em países de baixa e média renda, onde a escassez de serviços de cuidados intensivos e paliativos é maior"³⁶⁹. Na mesma linha do estudo acima citado, há o indicativo de que os cuidados paliativos devem ocupar uma parte explícita dos planos de resposta nacionais e internacionais para a COVID-19, bem como o delineamento de medidas práticas, entre elas garantir o acesso a medicamentos, considerar um maior uso de telemedicina e vídeo, discutir planos de cuidados antecipados, fornecer melhor treinamento e preparação para toda a força de trabalho de saúde e abraçar o papel de cuidadores leigos e a comunidade em geral. "Uma pandemia é uma causa e um poderoso amplificador de sofrimento, por meio de doenças físicas e morte, por meio de tensões e ansiedades e por meio de instabilidade financeira e social. O alívio desse sofrimento, em todas as suas formas, deve ser uma parte fundamental da resposta"³⁷⁰.

O uso da telemedicina e de vídeos para a comunicação entre equipes, pacientes e familiares tem sido um caminho para a aproximação no distanciamento, em um paradoxo necessário no atual contexto. Nesse ponto, associa-se a reflexão quanto à necessidade, também, de acesso a esses formatos e tecnologias, inclusive em âmbito informacional, especialmente para grupos sociais que tenham pouco contato com os meios digitais. Esse mesmo processo informativo é

368. Originalmente: "Time is short when patients deteriorate quickly, health professionals are overworked, isolation is mandated, and families are advised not to touch or even be in the same room as loved ones. This scenario will be compounded most in low-income and middle-income countries where shortages of both critical care and palliative care services are greatest".

369. Originalmente: "This scenario will be compounded most in low-income and middle-income countries where shortages of both critical care and palliative care services are greatest".

370. Originalmente: "A pandemic is a cause and powerful amplifier of suffering, through physical illness and death, through stresses and anxieties, and through financial and social instability. Alleviation of that suffering, in all its forms, needs to be a key part of the response".

extensivo às equipes, que se deparam com novas formas de atuação em seus escopos profissionais.

O relato de experiências em cuidados paliativos na Espanha³⁷¹ durante a pandemia refere que muitos profissionais da área foram deslocados para o tratamento de pacientes de COVID-19, tendo-se em vista a emergência da situação. Hospitais privados foram colocados sob orientações governamentais e foram adaptados para o recebimento de pessoas que haviam contraído o vírus. A atuação das equipes de cuidados paliativos foi muito importante nesse cenário, especialmente pelo fato de que os profissionais da área são treinados para efetuar uma comunicação empática com os familiares, para oferecer apoio emocional e, quando necessário, acolher e promover o momento e ambiente adequados para o adeus ao ente querido. Os cuidados paliativos trazem a importância da humanização do cuidado em si, para que ele seja não apenas efetivo, mas, também, englobe os valores e anseios do próprio paciente.

O Brasil também enfrentou desafios semelhantes aos já citados, para além das disparidades econômicas e sociais de um país continental. Em seminário virtual estruturado pela Organização Panamericana de Saúde (OPA) e Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020, foram expostas experiências de serviços de cuidados paliativos durante a pandemia de COVID-19 na América Latina e nos Estados Unidos³⁷². O caso brasileiro apresentado trouxe a iniciativa de dois hospitais de São Paulo, um deles privado e filantrópico, de excelência, e o outro parte do sistema público de saúde, considerado o maior complexo hospitalar do Brasil³⁷³. Ambos associaram-se em

371. Providing palliative care during the COVID-19 pandemic – experiences from Spain. World Health Organization. Regional Office for Europe. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336418/WHO-EURO-2020-1355-41105-55848-eng-pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 12 de setembro de 2021.

372. Seminário web “Los cuidados paliativos durante la pandemia de COVID-19”, promovido pela OPA/OMS em 19 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/es/node/71350>. Acesso em 10 de setembro de 2021.

373. O caso brasileiro foi apresentado pelo médico Daniel Neves Forte no painel “Experiencias en los servicios de cuidados paliativos en la región”. Os hospitais citados foram o Hospital Sirio-Libanês e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

abril de 2020, com o objetivo de abrir uma nova Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) com 11 leitos no prazo de 10 dias, em virtude do rápido avanço da pandemia no país. Foi formada uma equipe multiprofissional, coordenada sob uma estratégia de três etapas: pessoas, processos e resultados. Entre os diferentes aspectos que compuseram cada etapa, destaca-se que foi dada ênfase às pessoas como ponto inicial e fundante da estratégia elaborada. Além da importância atribuída ao trabalho em equipe e à percepção dos riscos e temores que todos estavam enfrentando ao se depararem com a pandemia, quatro regras fundamentais foram definidas: o respeito como base de tudo nas relações envolvidas, pedir ajuda ao colega ao se deparar com algo novo e que não fosse de evidente ou fácil resolução, aceitar os equívocos como parte do entendimento desse desafio, e agradecer o apoio e trabalho dos colegas.

Com a etapa de “pessoas” estruturada, a etapa de processos levou ao estabelecimento de funções claras e bem definidas dos componentes da equipe, bem como rondas multiprofissionais diárias, objetivas e inclusivas, e a própria alteração do processo durante a aprendizagem em equipe, para seu aperfeiçoamento. Os resultados, como terceira etapa, foram uma consequência da estratégia delineada: concentraram não apenas a análise de dados, mas, também, a partilha de cada resultado em equipe no âmbito tanto das altas hospitalares, quanto dos óbitos. As altas foram celebradas com os pacientes, com a saída deles sob aplausos da equipe. Essa iniciativa tornou-se, também, uma forma de energizar cada profissional, que retornaria a trabalhar com os demais pacientes. Quanto aos óbitos, o médico Daniel Neves Forte, coordenador do grupo e paliativista, reunia toda a equipe para conversar com a família, para expressar seus sentimentos e dizer aos familiares que seu ente querido não morreu sozinho, pois todos estavam junto com ele. Segundo Daniel Forte, retorna-se às pessoas: se o trabalho foi iniciado com elas, a elas se retorna, pois são a base de tudo.

É através dessa percepção que os cuidados paliativos caracterizam sua transversalidade e sua inserção na complexidade bioética, no sentido de transitarem por áreas tão importantes e sensíveis de

cada paciente e de seus familiares. Nas palavras de José Roberto Goldim, vale lembrar que “Muitas vezes as notícias falam de mortes que ficam anônimas, quando transformadas apenas em estatísticas. Na realidade são perdas singulares e irreparáveis para as famílias, amigos e para toda a humanidade. É a indissociabilidade do indivíduo com a comunidade humana. É a manifestação da Alteridade na prática, onde todos contam, onde todos são interdependentes, onde todos são singulares”³⁷⁴. Neste sentido, também é importante compreender que “A dignidade humana também se preserva pela memória. Parafraseando o Talmud, que afirma que ‘quem salva uma vida, salva o mundo inteiro’, é possível dizer que quem relembra estas vidas perdidas, preserva a nossa identidade como humanidade”.

A pandemia de COVID-19 trouxe inúmeras perdas afetivas, sociais e econômicas à população brasileira e mundial. O enfrentamento desse cenário possui, entre suas bases, o fomento à educação e à ciência como instrumentos primordiais para o bem-estar de cada ser humano. Isso porque, em um panorama pandêmico, esses elementos poderão auxiliar à compreensão da finitude da vida como parte do percurso natural da existência, e não através da dor originada pela ausência de tratamento ou pela falta de estruturas sanitárias. O incentivo às pesquisas leva, ainda, a um efetivo apoio às equipes que atuam diretamente com pacientes contaminados pelo vírus, na perspectiva de que o trabalho efetuado irá trazer seu retorno via aprimoramento do próprio sistema de saúde, pela busca de vacinas e de medicamentos no combate à pandemia. Sobretudo, tem-se a circularidade da vida, em seu início e em seu fim, em que cada vivência potencializa sua singularidade na coletiva percepção de humanidade em cada um de nós.

374. Citações deste parágrafo em: GOLDIM, José Roberto. COVID-19 e a bomba de Hiroshima e Nagasaki. Disponível em: <https://bioeticacomplexa.blogspot.com/2020/08/covid-19-e-bomba-de-hiroshima-e-nagasaki.html>. Acesso em 09 de setembro de 2021.