

SIMPÓSIO

Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira

Léo Pessini

Refletir eticamente sobre a distanásia no contexto brasileiro, a partir da ética médica codificada no Brasil e dos paradigmas de medicina existentes, não deixa de ser grande desafio visto que ainda temos significativo silêncio envolvendo a questão.

A distanásia não tem merecido a mesma atenção que a eutanásia, em grande parte, pensamos nós, pela confusão existente entre esses dois conceitos.

Entendemos distanásia como uma ação, intervenção ou procedimento médico que não atinge o objetivo de beneficiar a pessoa em fase terminal e que prolonga inútil e sofridamente o processo de morrer, procurando distanciar a morte. Os europeus a chamam de obstinação terapêutica; e os norte-americanos, de medicina ou tratamento fútil e inútil.

O roteiro de nossa reflexão inicia-se com a análise da temática da distanásia na tradição da ética médica brasileira codificada. Avançamos apresentando os diferentes paradigmas de medicina, o científico-tecnológico, o comercial-empresarial, a benignidade humanitária e solidária e o biopsicossocial. A partir daí, mostraremos o surgimento de alguns modelos característicos de profissionais médicos. A seguir, comentamos a legislação relacionada à distanásia no estado de São Paulo e finalizamos com algumas propostas éticas pertinentes à questão, a partir da visão de alguns médicos brasileiros.

Léo Pessini

Professor-doutor em Teologia Moral; coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas do Centro Universitário São Camilo/SP

Unitermos: bioética, eutanásia, distanásia, medicina

1. Do absoluto respeito pela vida e do dever de não complicar a terapêutica

Uma das marcantes características da tradição da ética médica brasileira codificada é a de ser uma tradição secular, imbuída de valores humanitários e embasada em dimensões humanistas e filosóficas, mas que não se preocupa em fundamentar seus princípios éticos na religião.

No universo secular, a própria morte e a dor são muitas vezes percebidas como sem sentido e à medida que escapam de seu controle são vistas, pelo médico, como

fracasso. A ênfase de tal dicotomia recai na luta para garantir a máxima prolongação da vida, quantidade de vida, mas há pouca preocupação com a qualidade deste prolongamento de vida. Uma de suas conseqüências é o eclipse da solicitude pela boa morte cultivada e resistência à eutanásia provocada como derrota diante do inimigo morte.

Em sua história, a medicina brasileira, até o presente momento, utilizou-se dos seguintes códigos: 1) Código de Ética Médica adaptado pela Associação Médica Americana, em 1867; 2) Código de Moral Médica, de 1929; 3) Código de Deontologia Médica, de 1931; 4) Código de Deontologia Médica, de 1945; 5) Código de Ética da Associação Médica Brasileira, de 1953; 6) Código de Ética Médica, de 1965; 7) Código Brasileiro de Deontologia Médica, de 1984; e o último em vigor, 8) Código de Ética Médica, de 1988 (1).

O primeiro código de ética médica que circulou no Brasil data de 1867, tradução portuguesa do Código de Ética Médica da Associação Médica Americana. Interessante observar como o perfil do médico é nele delineado, numa linguagem explicitamente sacerdotal:

Art. 1º - § 4. Para ser ministro de esperança e conforto para seus doentes, é preciso que o médico, alentando o espírito que desfalece, suavize o leito da morte, reanime a vida que expira e reaja contra a influência deprimente destas moléstias que, muitas vezes, perturbam a tranqüilidade dos mais resignados em seus últimos momentos. A vida do doente pode ser abreviada não só pelos atos, como também pelas palavras ou maneiras do médico. É, portanto, um dever sagrado proceder com toda a reserva a

este respeito, e evitar tudo que possa desanimar o doente ou deprimir-lhe o espírito.

§ 5. O médico não deve abandonar o doente por julgar o caso incurável; sua assistência pode continuar a ser muito útil ao enfermo, e consolar os parentes, ainda no último período de uma moléstia infausta. Aliviando-o da dor e de outros sintomas e acalmado-lhe a aflição do espírito (2).

Como se percebe neste perfil, as funções atribuídas ao médico são de verdadeiro sacerdote. Atente-se para as expressões de linguagem utilizadas: “ministro de esperança e conforto”, “alentando o espírito que desfalece”, “dever sagrado”, “acalmado-lhe a aflição do espírito”. Este texto foi elaborado numa época histórica, final do século XIX, em que a medicina ainda não estava tecnologicamente bem aparelhada para intervir decisivamente na vida. Não se fala em lutar contra a morte ou prolongar a vida. Existe certa resignação de aceitação nos casos de doenças graves. Este cenário fica completamente diferente a partir de meados do século XX, com a introdução dos cuidados médicos intensivos de vida, em que basicamente se declara guerra à doença e à morte.

No Brasil, a tradição da ética médica codificada tem a tendência de respaldar intervenções distanásicas. Por exemplo, um dos primeiros códigos brasileiros de ética médica, o de 1931, reprova a eutanásia “porque um dos propósitos mais sublimes da Medicina é sempre conservar e prolongar a vida” (art. 16/31).

Se aceitamos que a finalidade da medicina “é sempre conservar e prolongar a vida” - e os códigos subseqüentes também vão nesta

SIMPÓSIO

direção -, estaremos claramente deitando as raízes da justificação da distanásia com seu conjunto de tratamentos que não deixam a pessoa, na fase final da vida, morrer em paz.

No atual código de ética médica, de 1988, notamos importante mudança de ênfase. O objetivo da medicina não é apenas prolongar ao máximo o tempo de vida da pessoa. O alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano e o critério para avaliar seus procedimentos é se eles vão beneficiá-lo ou não (cf. art. 2º). O compromisso com a saúde, principalmente se entendido como bem-estar global da pessoa e não apenas ausência de doença, abre a possibilidade para outras questões no tratamento do doente terminal, além das questões curativas. Mesmo assim, continua firme a convicção, também encontrada em códigos anteriores, de que “O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana (...)” (art. 6º).

Esta tensão entre beneficiar o paciente com tratamentos paliativos, que talvez abreviem sua vida mas promovem seu bem-estar físico e mental, e a absolutização do valor da vida humana no seu sentido biológico gera um dilema que alguns médicos preferem resolver a favor do prolongamento da vida.

Com os códigos de 1984 e 1988, a abordagem dos direitos do paciente terminal - não ter seu tratamento complicado, ser aliviado da dor e não ser morto pelo médico - entram numa nova fase, com o surgimento de novos elementos em grande parte trazidos pelo progresso da tecnociência.

No código de 1984, percebe-se a existência das tensões inerentes à aliança entre a benignidade humanitária, o modelo científico-tecnológico e o medicocentrismo autoritário. Sua benignidade humanitária insiste no “absoluto respeito pela vida humana”, já exigido pelos códigos de 1953 e 1965 e reforçado pelo princípio 9/1984 com o acréscimo, ao texto, da frase: “desde a concepção até a morte”. A dificuldade é que esta valorização da vida tende a se traduzir numa preocupação com o máximo de prolongamento da quantidade de vida biológica e no desvio de atenção da questão da qualidade da vida prolongada.

Como destaca Leonard Martin,

“com a ênfase sobre o biológico, o sofrimento, a dor e a própria morte se tornam problemas técnicos a serem resolvidos mais do que experiências vividas por pessoas. O preço que se paga pelo bom êxito da tecnologia é a despersonalização da dor e da morte nas Unidades de Terapia Intensiva, com todo seu maquinário impressionante. Conseguem-se prolongar a vida, mas diante destas intervenções bem-sucedidas começam a surgir novas indagações: quando se pode abandonar o uso de suportes vitais artificiais? Quando é que se morre mesmo? Pode-se falar de eutanásia ativa e de eutanásia passiva?”(3)

Existe uma tendência rumo à recuperação da valorização da boa morte cultivada no artigo 6º (código de 1988). Não seria ético para o médico utilizar “seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral”. Contudo, mais significativo ainda é o parágrafo 2º do art. 61 (1988), que incentiva o médico a não abandonar seu paciente “por ser este portador de moléstia crônica ou incurável” e a “continuar a assisti-lo ainda que apenas para

mitigar o sofrimento físico ou psíquico”. Este cuidado em mitigar não apenas o sofrimento físico mas também o psíquico é sintomático de uma nova preocupação que vai além do mero nível biológico da dor física, manifestando preocupação com a pessoa na sua totalidade.

Este novo cuidado com a pessoa se reflete no reconhecimento do direito de o paciente não ter seu tratamento complicado. Nos códigos de 1984 (art. 23) e de 1988 (art. 60) existe a proibição, para o médico, de “complicar a terapêutica”. Na visão de Genival Veloso de França, é condenável e deve-se evitar

“a complicação intencional do tratamento do paciente, seja por medicamentos ainda desconhecidos ou de resultados incertos, seja, ainda, por práticas cirúrgicas não convencionais, realizadas apenas no sentido de experimentar nova técnica ou de aventurar-se em alternativas mais ousadas” (4).

Ao comentar o artigo 56 do atual código de ética médica (1988), que veda ao médico “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida”(5), Genival V. França tem um comentário no que toca ao tratamento fútil:

“O conceito de futilidade médica começa a ganhar espaço nas discussões sobre assuntos de bioética, principalmente nos casos de prolongamento da vida de pacientes gravemente enfermos e presos a quadros considerados irreversíveis. Esta é uma situação muito delicada para o médico por tratar-se de uma condição de iminente perigo de vida num paciente com comprometimento da vida de relação, como

nos casos de coma, mas que não apresenta ainda os critérios para caracterização da parada total e irreversível das funções encefálicas (...). Hoje se tem como justificativa considerar um tratamento fútil aquele que não tem objetivo imediato, que é inútil ou ineficaz, que não é capaz de oferecer uma qualidade de vida mínima e que não permite uma possibilidade de sobrevida” (5).

Fica também claro no código de 1988, em seu art. 57, a obrigação do médico de “(...) utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance (...)”, mas a medida do seu uso não é sua eficácia em resolver o problema, como controlar tecnicamente o sofrimento e a morte, mas sim “(...) em favor do paciente”, isto é, o critério fundamental é que seja em benefício do paciente. Isto nos permite questionar se a gestão técnica da dor e do sofrimento, bem como o adiamento indefinido do momento da morte, são sempre de interesse do paciente. Atualmente, esta situação ficou muito mais crítica com o surgimento da Aids e a abordagem terapêutica do paciente na fase final.

Um outro aspecto importante no código de 1988, no que se refere ao direito do paciente de não ter seu tratamento complicado, é a preocupação em regulamentar pesquisas médicas em pacientes terminais. O artigo 130 veda ao médico “realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais” (6).

Aqui não se trata de uma rejeição da ciência e da tecnologia, reconhece-se a legitimidade de

SIMPÓSIO

recorrer a tratamentos experimentais, mas a partir de um critério bem definido: existência de uma esperança razoável de que o tratamento será útil para o próprio doente e que não lhe será imposto sofrimento desnecessário.

2. Diferentes paradigmas de medicina e a distanásia

Para entender a questão da distanásia contextualizada no processo evolutivo histórico da medicina, distinguimos três paradigmas, quais sejam: o *científico-tecnológico*, o *comercial-empresarial*, em franca expansão, e o da *benignidade humanitária e solidária* (7). Acrescentamos, com Callahan, um novo paradigma emergente, o *biopsicossocial*. Passemos brevemente em revista estes modelos de medicina.

2.1. O paradigma científico-tecnológico

No período pré-moderno, o médico e a sociedade eram bastante conscientes das suas limitações diante das doenças graves e da morte. Em várias circunstâncias o papel do médico não era curar, mas acompanhar o doente nas fases avançadas de sua enfermidade, aliviando-lhe a dor e tornando o mais confortável possível a vivência dos seus últimos dias. De modo geral, o médico era uma figura paterna, um profissional liberal, num relacionamento personalizado com seu paciente, muitas vezes um velho amigo ou conhecido. As ações médicas eram acompanhadas de ritos religiosos. O médico e o padre eram parceiros que se complementavam na missão de garantir uma morte tranqüila e em paz

para o doente. Exemplo disso é o perfil do médico delineado no código de ética médica de 1867, como vimos anteriormente, fundamentalmente sacerdotal.

Com as descobertas espetaculares e os constantes avanços da medicina, emergiram novos estilos de praticar a medicina e novas atitudes e abordagens diante da morte e do doente terminal. O paradigma científico-tecnológico da medicina se orgulha, com bastante razão, diante dos significativos avanços obtidos nos últimos tempos nas ciências e na tecnologia biomédicas. Jean Bernard, notável médico humanista francês, afirma que “a medicina mudou mais nos últimos 50 anos do que nos 50 séculos precedentes”(8).

Doenças e feridas outrora letais são, hoje em dia, com tratamento adequado, curáveis. Este orgulho de conseguir a cura facilmente se transforma em arrogância e a morte, ao invés de ser vista como o desfecho natural da vida, se transforma num inimigo a ser vencido ou numa presença incômoda a ser escondida. Dentro da perspectiva do paradigma científico-tecnológico, a justificação do esforço para prolongar indefinidamente os sinais vitais é o valor absoluto que se atribui à vida humana. A distanásia está ligada especialmente a este modelo científico-tecnológico de medicina e ao comercial-empresarial, que veremos em seguida (9).

2.2. O paradigma comercial-empresarial

Outro modelo de medicina na contemporaneidade, bastante ligado aos desenvolvimentos tec-

nológicos e científicos, é o paradigma comercial-empresarial, profundamente instigado com o avanço do *managed care* (cuidado gerenciado). A tecnologia, novos fármacos e equipamentos sofisticados têm um preço, às vezes bem alto. Este fato deu margem à evolução de um estilo de medicina em que o médico deixa de ser profissional liberal e se torna funcionário, nem sempre bem pago, que atua no contexto de uma ou várias empresas hospitalares. Principalmente no setor privado lucrativo, é a capacidade do doente terminal pagar - e não o diagnóstico - o critério que tende a determinar sua admissão como paciente numa Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e o tratamento a ser utilizado. Nesta perspectiva, com o fator econômico predominando, é o poder aquisitivo do cliente (seguro saúde especial), mais do que o conhecimento e a sabedoria médicas, que determina o procedimento terapêutico a ser aplicado. Mesmo nas grandes instituições públicas de saúde, percebe-se esta mentalidade entrando e ganhando força.

Na ótica do paradigma comercial-empresarial da medicina, a obstinação terapêutica segue outra racionalidade. Aqui ela tem sentido na medida em que gera lucro para a empresa hospitalar e os profissionais nela envolvidos. Existindo um plano de saúde diferenciado ou uma instituição dispostos a investir nesse procedimento, os tratamentos continuam enquanto o paciente não morrer ou os recursos não acabarem. Num sistema de valores capitalistas, em que o lucro é o elemento primordial, esta exploração da fragilidade do doente terminal e dos seus amigos e familiares tem sua própria lógica - uma lógica sedutora porque, além de

garantir lucro para a empresa, parece defender um dos grandes valores da ética humanitária: o valor da vida humana. Contudo, a precariedade do compromisso com o valor da vida humana, nesta perspectiva, se manifesta logo quando começam a faltar recursos para pagar as contas: a tecnologia de ponta, que parecia tão desejável, de repente é retirada e são sugeridos tratamentos menos onerosos em termos econômicos.

2.3. O paradigma da benignidade humanitária e solidária

Este modelo reconhece os benefícios da tecnologia e da ciência e a necessidade de uma administração competente dos serviços de saúde. Esta perspectiva procura resistir aos excessos dos dois paradigmas anteriores e coloca o ser humano como o valor fundamental e central na sua visão da medicina a serviço da saúde, da concepção à morte. Este paradigma rejeita a *mistanásia* ("morte miserável e infeliz de muitos, fora e antes da hora") em todas as formas, questiona os que apelam à eutanásia e à *distanásia* (obstinação terapêutica, futilidade médica) e, num espírito de solidariedade, procura promover nas suas práticas junto ao paciente terminal a *ortotanásia*, ou seja, a morte digna e humana na hora certa. Nesta linha de atenção situa-se a medicina paliativa.

Este paradigma médico da benignidade humanitária e solidária e a teologia moral procuram outras abordagens na tentativa de resolver o dilema entre tratar o doente terminal em excesso ou deixar de tratá-lo o suficiente. Procuram mostrar que atribuir grande valor à

SIMPÓSIO

vida humana não significa optar por uma frieza cruel diante do sofrimento e dor do paciente terminal. A medicina científica-tecnológica tende a resolver o dilema caindo em um dos dois extremos. Ou escolhe a eutanásia: reconhecendo sua impotência, opta por abreviar o sofrimento abreviando a vida, alegando que, já que não pode mais curar a pessoa, não há sentido em prolongar a agonia. Ou a distanásia: ofendida no seu brio, opta por resistir à morte até as últimas conseqüências, implementando a obstinação terapêutica que vai além de qualquer esperança de beneficiar o doente ou promover seu bem-estar global. A medicina que atua dentro do paradigma da benignidade humanitária e solidária e opera com o conceito de saúde como bem-estar tende a optar por um meio-termo: nem matar, nem prolongar exageradamente o processo de morrer, mas procurar uma morte sem dor, na hora certa, cercada de ternura, enfim, digna.

Para além do horizonte da ética médica brasileira codificada, Callahan apresenta o paradigma biopsicossocial de medicina. É interessante considerá-lo ao olhar as tendências futuras do processo científico-tecnológico em curso no mundo da saúde.

2.4. O paradigma biopsicossocial (10)

O paradigma biomédico está moldado numa visão reducionista e analítica da ciência quando tenta dar a última resposta para a doença humana. O modelo reinante de corpo é o de uma máquina complexa e a tarefa do médico é corrigir seus defeitos e problemas. A pesquisa

médica, como na tarefa de descascar uma cebola, procura mover-se dos níveis biológico e fisiológico para os níveis celular e molecular. A biologia, finalmente, cede lugar à química e à física. O objetivo é uma compreensão total da doença, reduzida finalmente aos seus elementos essenciais e causais. Com este conhecimento à mão, a medicina procura assegurar a possibilidade de uma cura definitiva e não simplesmente um trabalho de reparo tecnológico provisório.

Muito do corrente entusiasmo com a genética molecular deve-se à convicção de que com ela serão encontradas as causas últimas da doença. Esta tem sido a postura do modelo biomédico: ir sempre mais profundo e procurar uma única chave final que seja capaz de solucionar todos os problemas. A doença em si, neste modelo, é compreendida como um desvio da norma biológica mensurável estatisticamente, causada por alguma mudança fisiológica destrutiva. Essa mudança é causada por um excesso ou déficit de algum fator crítico, por alguns agentes danosos desconhecidos. Uma intervenção médica de sucesso exige um contra-ataque contra tais agentes, neutralizando sua força ou compensando suas deficiências. Esta intervenção pode ser vista como um esforço para descobrir a causa específica de uma doença específica ou encontrar o agente que causa danos no equilíbrio geral do sistema orgânico. A doença é, em qualquer caso, não um constructo humano, mas um desvio independente, biológico, mensurável de uma norma.

A saúde, neste modelo, é compreendida estreitamente como ausência de doença. A ausência

pode objetivamente ser determinada pelos desvios do funcionamento corporal típico. Uma pessoa saudável é alguém cujos órgãos funcionam bem e podem efetivamente lidar com o meio ambiente em que ela vive. Portanto, a saúde é entendida como um conceito sem valores. A pessoa que não pode trabalhar não é saudável, e o pâncreas que deve produzir insulina suficiente mas falha em fazê-lo está doente. Com este entendimento de saúde, outros conceitos entram em jogo. A doença é entendida como a percepção individual de que alguém está sofrendo da doença, uma percepção enraizada na observação de que, no nível ordinário, uma função está ausente (paralisia) ou não funcionando bem (febre). A doença é vista como uma categoria social em que as pessoas são colocadas quando doentes e que permite a elas vários privilégios sociais e isenções. Se você está doente, está escusado de trabalhar e também merece a simpatia dos outros.

A compreensão clínica da medicina procura descobrir a essência da doença, movendo-se da pessoa doente (que fala de sua experiência de doença ao médico) para o médico (que tenta encontrar a doença de base que está causando a doença) e para o pesquisador cientista (que tenta encontrar o mecanismo subjacente causador da doença). Somente a medicina científica, não a sociedade, pode determinar o que é verdadeiramente uma doença e o que pode ser feito sobre isso.

Nos anos recentes, cresceu a insatisfação com este modelo biomédico. Esta reação criou um número de esforços para desenvolver um

modelo mais matizado de medicina. Enquanto busca manter algum grau de fundamentação nas tradições clínicas da medicina científica, isto é, não rejeita o reducionismo, o modelo alternativo deseja ao mesmo tempo colocar a doença numa rede causal mais ampla, ligando a biologia interior das pessoas aos seus contextos sociais externos. É a chamada perspectiva *biopsicossocial* proposta pelo médico George Engel (11).

Na verdade, existe “um sonho de uma medicina infalível” a partir de Descartes (séc. XVII), caracterizada pelo prometeísmo de libertação de toda velhice (ele mesmo esperava viver mais de um século!) e enfermidade (medicina infalível).

Segundo Descartes, a medicina de sua época contém pouca coisa que possa ser considerada útil e mesmo aqueles que a praticam têm de reconhecer que o que se sabe dela é quase nada em relação ao que resta a saber. Sua visão de medicina está imbricada com a filosofia do método. Trata-se de um projeto em que desenvolve toda a sua teoria a partir do sistema racionalista e mecânico. Fundamenta-se numa visão antropológica do homem-máquina e dos processos puramente mecânicos resultantes da separação absoluta entre corpo, substância extensa, e alma, substância pensante (12).

O aspecto mais proeminente do modelo biopsicossocial é a rejeição do reducionismo, totalmente embasado na ciência, na compreensão biomédica da saúde humana e da doença. Duas questões de crítica são: a) a falha do modelo científico, direcionado para a cura, em oferecer

SIMPÓSIO

um incentivo para o cuidado dos pacientes com doenças crônicas; e b) a indiferença do modelo em relação ao sofrimento da pessoa, como distinto do órgão doente.

A rejeição do modelo biomédico é baseada numa variedade de *insights*, alguns deles científicos, outros sociais e humanísticos. Isto inclui certas observações: 1) muitas doenças têm causas ambientais e sociais, não patologias biológicas; 2) patógenos biológicos não se expressam da mesma maneira em todos os organismos, pois existem grandes diferenças nas respostas individuais à doença; e 3) esforços para reduzir a biologia à química e à física ignoram completamente a complexidade óbvia da vida humana, uma complexidade que merece pesquisa muito mais rica e sutil.

Claro que o apelo vai no sentido do humanismo, pois é pelo diálogo que o médico aprende a natureza e a história da experiência do paciente e esclarece, de um lado, qual seu significado para o paciente e, de outro, o que elas poderiam significar em termos de outros sistemas da hierarquia natural, sejam eles bioquímicos, fisiológicos, psicológicos ou sociais.

Uma boa argumentação clínica exige a compreensão do paciente como uma pessoa, bem como da bioquímica do mesmo. Assim como uma boa medicina clínica na busca da saúde individual não deve ser reduzida à abordagem biomédica, também a saúde individual não pode ser compreendida à parte da rede de relacionamentos sociais e ambientais. É o paradigma biopsicossocial.

A partir destes paradigmas de medicina emergem vários modelos de profissionais médicos que são considerados a seguir.

3. A *distanásia* e a legislação brasileira emergente: o caso do estado de São Paulo

Desde 17 de março de 1999, o estado de São Paulo tem a Lei nº 10.241, que “dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências”. Esta lei, sancionada pelo governador Mário Covas, originou-se do Projeto de Lei nº 546/97, do deputado estadual Roberto Gouveia (PT), que teve sua inspiração na *Cartilha dos Direitos do Paciente*, emitida pelo Conselho Estadual da Saúde em 1995 a partir de proposta formulada pelo Fórum de Patologias do Estado de São Paulo, que entre outras entidades da sociedade civil reúne diversas organizações não-governamentais (ONGs) e a Pastoral da Saúde/CNBB (13).

A Lei nº 10.241 tem dois artigos e 24 incisos. Elaborada numa chave humanista, procura colocar o paciente no centro da questão dos cuidados de saúde, evitando a desumanização crescente das instituições de saúde, que torna a pessoa doente sempre mais um objeto passivo de cuidados. O inciso XXIII refere-se especialmente ao paciente terminal ou fora de possibilidades terapêuticas, como afirmam os especialistas em medicina paliativa. Ele assegura ao usuário ou a seu representante legal o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários que visam prolongar a vida. O inciso XXIV refere-se à escolha do lugar para se despedir da vida.

Na íntegra:

Artigo 2º. São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e
XXIV - optar pelo local de morte (14).

Em vista do respeito pela pessoa doente não se pode impor a ela, em nome da beneficência de cunho paternalista, aquilo que ela não quer, até mesmo no final de sua vida. Há que se respeitar sua autodeterminação e sua autonomia. Ela tem o direito de optar por morrer com qualidade de vida, no ambiente que considerar melhor, e é dever do médico atuar sempre em seu benefício.

Isto consta no artigo 57 do código de ética médica atualmente vigente (1988), onde lê-se: “É vedado ao médico: deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente”. Só que muitos médicos, segundo o dr. Gabriel Oselka, ex-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), interpretam essa prescrição equivocadamente, achando que são obrigados a fazer tudo e em qualquer circunstância, até mesmo quando a morte é inevitável. A isso, juntam o receio de acusação de omissão de socorro, crime previsto no artigo 133 do Código Penal brasileiro - que data de 1940 e está em processo de revisão. As unidades de terapia intensiva brasileiras retratam o dilema, como expõe o dr. Oselka:

“Enquanto você lê este artigo, enorme número de pacientes é mantido artificialmente à custa de máquinas e medicamentos que não prolongam a vida, apenas retardam a morte, frequentemente com sofrimento. Com certeza,

vários optariam por não continuar as medidas extraordinárias se conhecessem a irreversibilidade da sua condição clínica. Nesses casos, em vez de tratamentos extraordinários, o mais benéfico e respeitoso seria o paciente receber cuidados que aliviem a dor e dêem conforto, deixando a natureza seguir o curso natural e ele terminar a vida com tranquilidade”(15).

É importante ressaltar que isto não é abandono, omissão de socorro e muito menos eutanásia. Na mesma linha de argumentação, ao comentar os incisos XXIII e XXIX da Lei nº 10.241 o teólogo moralista dr. Márcio Fabri dos Anjos diz que:

“O prolongamento não razoável, a qualquer custo, quando a hora da morte já chegou, é *distanásia*: do grego *dis* + *thanasia*, “morte lenta”, ansiosa e com muito sofrimento. Pode ser até violência, uma vez que acaba submetendo a pessoa a recursos terapêuticos dolorosos ou degradantes, que não levam a nada. O inciso XXIII, portanto, dá substrato humano à terminalidade” (16).

O dispositivo XXIV da Lei nº 10.241 cita que o sujeito tem o direito de optar pelo lugar da morte. Abre-se aqui um espaço interessante para o desenvolvimento do atendimento domiciliar (*home care*) e a introdução da filosofia de cuidados paliativos em domicílio em nosso sistema de saúde (17).

4. Algumas ponderações éticas em torno dos códigos e da *distanásia*

A *distanásia* e a eutanásia têm em comum provocar a morte “fora da hora”. A *distanásia* não consegue discernir quando intervenções terapêuticas são inúteis e quando se deve

SIMPÓSIO

aceitar a morte em paz, como desfecho natural da vida. Neste comportamento, o grande valor que se procura proteger é a vida humana. Enquanto na eutanásia a preocupação maior é com a *qualidade* da vida remanescente, na distanásia a tendência é se fixar na *quantidade* desta vida e investir todos os recursos possíveis em prolongá-la ao máximo (18).

Vamos entender melhor a problemática da distanásia ao situá-la na transição da medicina como arte, nas suas expressões pré-modernas, para a medicina como técnica e ciência, na sua expressão mais contemporânea. Os avanços tecnológicos e científicos e os sucessos no tratamento de tantas doenças e deficiências humanas levaram a medicina a se preocupar cada vez mais com a cura de patologias e a colocar em segundo plano as preocupações mais tradicionais com o cuidado do portador das patologias. A saúde é definida em termos de ausência de doença e o grande inimigo a derrotar é a morte. O importante é prolongar ao máximo a duração da vida humana. A qualidade desta vida, um conceito de difícil mensuração pela ciência e pela tecnologia, fica em segundo plano.

A questão técnica, nesta ótica, é como prolongar os sinais vitais de uma pessoa em fase avançada da sua doença e cuja terminalidade se constata a partir de critérios objetivos como, por exemplo, a falência progressiva e múltipla de órgãos. A questão ética emergente, nada fácil de responder, é sobre o sentido de tudo isso e até quando se deve investir neste empreendimento.

Um outro desafio importante na discussão da distanásia é a definição do momento da morte. Hoje, o conceito é o de morte cerebral (ou encefálica). Em muitos casos, não há nenhuma dúvida sobre o óbito do paciente e o fato é aceito sem contestação por parte da equipe médica e da família. Há, porém, outros casos, bastante polêmicos. A tecnologia sofisticada que permite suporte avançado de vida levanta a questão de quando iniciar e quando interromper o uso destes recursos. A crescente aceitação da constatação de morte encefálica como critério de morte humana é decisiva não somente nos casos de necessidade de liberação do corpo para enterro mas também de sua utilização como fonte de órgãos para transplantes.

A distinção entre terapia e cuidados básicos abre horizontes para procedimentos éticos que evitam a distanásia. Cuidar da higiene do paciente, do seu conforto e alimentação, na medida em que essa pode ser ministrada por via oral, constituem, sem dúvida alguma, cuidados normais. A obrigação ética de recorrer a qualquer outro procedimento que constitui ato médico ou terapêutico, incluindo alimentação artificial, precisa ser avaliada à luz da proporcionalidade entre o ônus para o paciente e para os responsáveis pelo seu bem-estar e os benefícios que razoavelmente possam ser previstos. Não há nenhuma obrigação de iniciar ou continuar uma intervenção terapêutica quando o sofrimento ou o esforço gasto são desproporcionais aos benefícios reais antecipados. Neste caso, não é a interrupção da terapia que provoca a morte da pessoa, mas o processo patológico previamente existente.

Não obstante a discussão ética da distanásia ser ainda incipiente na medicina brasileira, já surgem alguns sinais positivos de profissionais médicos brasileiros, especialistas em terapia intensiva, que se mostram sensíveis em relação à discussão da questão. Não procuram pura e simplesmente transplantar modelos de decisões éticas “alienígenas” (notadamente norte-americanas), mas refletir sobre a questão a partir de nossa realidade sociocultural (19).

Olhando para a realidade brasileira, o médico Délio Kipper (20) aponta três questões:

“a) nos questionamos sobre nossas decisões em relação ao fim da vida porque temos a clara percepção de que ainda fazemos uso excessivo e inapropriado da tecnologia, prolongando inutilmente o sofrimento humano, gastando mal os finitos recursos destinados à saúde e ocupando mal os sempre insuficientes leitos das UTIs e emergências; b) nos vemos desamparados, sob o ponto de vista legal, de tomar qualquer decisão de não-oferta ou retirada de suporte vital; c) sentimos falta de normas e diretrizes de como nos conduzirmos com esses pacientes” (21).

Em termos de propostas, Kipper expõe o seguinte em relação ao item *a*): constatada a morte encefálica pelos critérios da Resolução CFM n° 1.480/97 (22), os médicos devem comunicar aos familiares sua ocorrência e a total impotência da medicina em reverter tal condição, dando-lhes tempo para refletir e assimilar a situação, antes de suspender os meios artificiais de sustentação das funções vegetativas. Este tempo não pode ser muito longo (menos de 24 horas), para não caracterizar obstinação terapêutica. No caso de paciente terminal (23), cuidar do conforto, prover

cuidados paliativos, controlar a dor e dar apoio aos familiares. Expressa-se a favor de ordens de não-reanimação cardiopulmonar, de comum acordo com o desejo do paciente e/ou da família, não oferecendo tratamentos que possam ser caracterizados como fúteis ou desproporcionados, para evitar a distanásia.

Em relação à legislação (item *b*), deveria ser proposta na reforma do Código Penal (1940) ainda em curso causa excludente de ilicitude contemplando a ortotanásia e estabelecendo que não constitui crime deixar de manter a vida de alguém, por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que houvesse consentimento do paciente ou de seu representante (24). No Brasil, ainda não existe nenhuma legislação específica que proteja o médico na sua eventual decisão de não ressuscitar ou abandonar os esforços ressuscitatórios. Existe o risco legal para o profissional, que deveria ser suprimido (25).

Em relação à falta de normas e diretrizes (item *c*), não é mais possível adiar a problemática sem discutir estas questões com a sociedade, para se chegar a normas ou diretrizes que orientem médicos, pacientes e familiares. Exemplo disso é o que ocorreu com o Parecer CFM n° 12/98, que reconhece os critérios de morte encefálica para qualquer paciente, seja ou não doador.

Na visão de Kipper, o contexto de decisões médicas no final da vida é sempre um momento único, crítico e absolutamente individual para o médico, o paciente e os familiares. Estas decisões são menos complicadas quando existe

SIMPÓSIO

uma boa relação médico-paciente-família e quando se tem a convicção de que a conduta proposta é a melhor para aquele doente, naquele lugar e naquele momento (26).

Diálogo é a palavra-chave na relação médico-paciente-família. Na visão do médico Joaquim Antônio César Mota (27), quem trabalha com pacientes criticamente enfermos necessita ter um treinamento intensivo e extensivo de técnicas de preservação e/ou restauração das funções vitais dos mesmos. Além disso, deve estar preparado para refletir sobre estas questões e ser capaz de dialogar com todas as partes envolvidas no processo, que tem como interlocutores os pacientes, os familiares e outros profissionais comprometidos na atenção do paciente. Esse diálogo deve ter como meta o melhor interesse do paciente, sem o que perde o sentido, além de assumir como pressuposto que a ciência não pode responder às questões éticas, embora as fundamente via análise de dados e perspectivas científicas. A escolha é sempre fruto de uma decisão ética.

Este é o desafio ético no cuidado do paciente criticamente enfermo. Quando e como agir, fazendo o melhor possível para atender aos seus interesses, sem transpor a linha da futilidade, tarefa difícil, bem mais que apenas dominar o uso de tecnologia sustentadora de vida.

Perseguindo esta trilha humanista, o dr. Márcio Pallis Horta resume, a nosso ver com felicidade, esta questão polêmica e aponta para um desafio:

“Quando a vida física é considerada um bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da

dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria. A medicina promove implicitamente esse culto idólatra da vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte.

Rebelarmo-nos contra a organização médica do morrer é tarefa inadiável. A medicina e a sociedade brasileira têm hoje diante de si um desafio ético, ao qual é mister responder com urgência, o de humanizar a vida no seu ocaso, devolvendo-lhe a dignidade perdida. Centenas ou talvez milhares de doentes estão hoje jogados a um sofrimento sem perspectiva em hospitais, sobretudo nas suas terapias intensivas e emergências. Não raramente, acham-se submetidos a uma parafernália tecnológica que não só não consegue minorar-lhes a dor e o sofrer como ainda os prolonga e os acrescenta, inutilmente” (28).

A perspectiva entrevista pelo dr. José Eduardo Siqueira, eminente cardiologista brasileiro (Londrina/PR) e vice-presidente da Sociedade Brasileira de Bioética, ao comentar a respeito da utilização de tecnologia nas UTIs, é importante para registro:

“Desnecessário ressaltar os benefícios obtidos nessas unidades com as novas metodologias diagnósticas e terapêuticas. Incontáveis são as vidas salvas em situações críticas, tais como, por exemplo, na recuperação de doentes com infarto agudo do miocárdio e/ou enfermidades com graves distúrbios hemodinâmicos, cuja recuperação pôde ser alcançada com o uso de engenhosos procedimentos terapêuticos. Ocorre que nossas UTIs passaram a receber, também, pacientes com doenças crônicas incuráveis, apresentando intercorrências clínicas as mais diversas, que foram contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se para os últimos, com frequência, alcança-se plena recuperação, para os doentes crônicos pouco se oferece além de um

sobreviver precário e, muitas vezes, não mais que vegetativo. Situação essa por nós conhecida como obstinação terapêutica, futilidade nos países de língua inglesa e encarniçamento terapêutico para os de fala hispânica. Até quando avançar nos procedimentos tecnológicos de suporte vital? O modelo cartesiano de medicina nos ensina muito sobre tecnologia de ponta e pouco sobre o significado metafísico da vida e da morte. (...) Fomos educados para interpretar a vida como fenômeno estritamente biológico e incorporamos toda a tecnologia biomédica para perseguir essa utopia. A obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo nos conduziu à obstinação terapêutica. Temos, portanto, um grave dilema ético que é cotidianamente apresentado aos médicos intensivistas: quando se impõe não utilizar toda a tecnologia disponível?” (29)

Percebe-se, a partir da reflexão precedente, um novo horizonte de sentido com o surgimento de um novo paradigma, o *biopsicossocial*. Temos entre nós, felizmente, já algumas sinalizações de preocupações dessa mudança em curso, que para além da excelência tecnocientífica descobre a integralidade do ser humano.

5. Cuidados paliativos no Brasil

No Brasil, ainda que de forma incipiente, já começam a despontar experiências de assistência embasadas na filosofia de cuidados paliativos nas instituições de saúde (30). A fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (São Paulo, 1997) é uma esperança maior de operacionalização - entre nós - da filosofia dos cuidados paliativos. Entre as razões de se fundar esta associação, é dito:

“A medicina paliativa vem assumindo importância crescente no mundo, incorporan-

do o conceito de cuidar e não somente de curar. O paciente passa a ser visto como um ser que sofre nos âmbitos físico, psicológico, social e espiritual. Os cuidados paliativos visam ao controle da dor, ao alívio de sintomas e à melhoria da qualidade de vida dentro de um enfoque multidisciplinar” (31).

Segundo informe da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, temos hoje no país apenas vinte e nove serviços de cuidados paliativos, provendo assistência em ambulatório, na internação e em domicílio. Quase todas estas iniciativas nasceram de serviços de dor. Entre os desafios a serem vencidos, mencionam-se: a) ausência de uma política nacional em alívio de dor; b) deficiência na educação dos profissionais de saúde e comunidade; c) preocupações quanto ao abuso da morfina e outros opióides, causando aumento de restrições na prescrição e no fornecimento de morfina; d) limitações no fornecimento de distribuição de outras drogas necessárias para o alívio da dor e outros sintomas; e) deficiência na formação dos profissionais de saúde responsáveis pela prescrição de analgésicos e outras drogas; e) carência de recursos financeiros para pesquisa e desenvolvimento em cuidados paliativos (32).

Existem sinais animadores na área da medicina brasileira, com a introdução dos cuidados paliativos, pelo menos como preocupação nesta fase inicial. Começam a surgir trabalhos acadêmicos, teses de mestrado e doutorado e inúmeros seminários e eventos que abordam a questão. É o caso, por exemplo, da dra. Maria Aparecida Telles Guerra, que desenvolveu sua tese doutoral na Universidade de São Paulo (2001) abordando o cuidado ao paciente ter-

SIMPÓSIO

minal com Aids, fundamentado na filosofia dos cuidados paliativos.

Na visão desta médica, o ideal entrevistado e a ser atingido para a área de assistência à saúde é

“desenvolver uma consciência geral da importância do cuidar, principalmente quando curar não é mais possível; da prevalência da dor total, com seus componentes físico, psíquico e espiritual; do respeito às preocupações do doente; da aceitação da morte como um evento natural como o nascimento, o qual os profissionais da saúde devem assistir orientando, prevenindo complicações, aliviando sofrimento, auxiliando a torná-lo um evento menos doloroso, digno para todos os que dele participam” (33).

Temos na medicina brasileira algumas vozes interessantes em relação à causa de uma medicina humana que cuide do ser humano na sua globalidade. Eminentemente médicos brasileiros utilizam-se com frequência da chamada grande imprensa e refletem sobre estas questões da medicina frente ao morrer. É o caso do dr. Miguel Srougi (Escola Paulista de Medicina, São Paulo/SP) frente à morte do governador Covas e de um médico famoso em São Paulo, o dr. Cutait.

Diz o dr. Miguel Srougi:

“Levando em conta os temores que povoam a mente dos pacientes terminais, os médicos só exercerão com grandiosidade o seu papel se assumirem a posição que ocupavam em épocas anceais, quando, guiados por valores espirituais e religiosos, eram os guardiães do corpo e da alma. E também se misturarem seus poderosos elixires, que aliviam o sofrimento físico, com três poções mágicas de efeitos

quase sublimes: ouvir sem julgar, expressar-se numa dimensão superior e estar ao lado continuamente” (34).

O que seria precisamente expressar-se nesta dimensão superior?

Continua o dr. Srougi:

“Significa eliminar os temores indevidos e reforçar a espiritualidade, pois questões transcendentais, como a vida depois da vida, o encontro com o ser supremo e a eternidade, diminuem o apego à existência física e trazem serenidade. Tão importante quanto isso, expressar-se de maneira adequada significa alimentar a esperança (...). E significa também falar para quem deseja ouvir, pois nem sempre os pacientes estão querendo escutar. Muitas vezes o silêncio solidário, a mão na mão e o olhar cúmplice são atitudes pacificadoras mais poderosas do que números e estatísticas frias ou tecnicidade estonteantes lançadas sobre alguém que vive sob a desesperança” (34).

Uma leitura apressada desta postura profissional poderia simplesmente ser identificada como sendo de um saudosismo romântico do exercício da medicina como um sacerdócio, que acontecia somente na Antiguidade.

Conclusão

Em suma, a reflexão ética sobre a distanásia partiu da ética médica brasileira codificada e seguiu com a análise dos paradigmas da medicina, a saber, o científico-tecnológico, o comercial-empresarial, o da benignidade humanitária e solidária e o biopsicossocial. A seguir, introduziu-se a discussão sobre a legislação brasileira emergente em relação à distanásia, no caso do estado de São Paulo.

Trata-se da Lei nº 10.241/99, que explicita em seu artigo 2º:

“São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e XXIV - optar pelo local de morte” (13).

Observamos que a medicina está passando por uma mudança de paradigma. A legislação expressa apóia-se num determinado paradigma de medicina. Como este está mudando, esta transformação também influencia as mudanças de legislação. Em continuidade, apresentamos a opinião de alguns médicos brasileiros comentando que o processo do morrer em nossas instituições é ainda muito bruto e sofrido. Contudo, este cenário de sofrimento indigno pode mudar a partir de uma intervenção no

aparelho formador dos futuros profissionais de saúde, especialmente os de medicina, para trabalhar o ser profissional de uma forma mais humana e ética, para além do endeusamento unilateral da excelência em termos de competência tecnocientífica.

A crescente atenção que os programas de humanização das instituições de saúde, especialmente UTIs, vêm ganhando na área da saúde e o crescente interesse com os cuidados paliativos e alguns projetos pioneiros no país, de implementação desta filosofia de cuidado de pacientes terminais, constituem grande lance de esperança. Trata-se de uma alternativa saudável na direção de se criar uma nova cultura de respeito à dignidade do ser humano num momento crítico de sua existência: o enfrentar a própria morte.

RESUMEN

Distanasia: algunas reflexiones bioéticas a partir de la realidad brasileña

Reflexionar éticamente sobre la distanasia en el contexto brasileño, a partir de la ética médica codificada en Brasil y de los paradigmas de medicina existentes, no deja de ser un gran desafío, visto que todavía tenemos un significativo silencio envolviendo el asunto.

La distanasia no ha merecido la misma atención que la eutanasia, en gran parte - según nuestro criterio - por la confusión existente entre estos dos conceptos.

Entendemos distanasia como una acción, intervención o procedimiento médico que no alcanza el objetivo de beneficiar a la persona en fase terminal y que prolonga inútil y sufriendamente el proceso de morir, buscando distanciar la muerte. Los europeos la llaman de obstinación terapéutica y los norteamericanos de futilidad médica o tratamiento inútil.

La pauta de nuestra reflexión se inicia con el análisis de la temática de la distanasia en la tradición de la ética médica brasileña codificada. Avanzamos presentando los diferentes paradigmas de medicina, científico-tecnológico, comercial-empresarial, benignidad humanitaria y solidaria y el biopsicosocial. A partir de ahí, mostraremos el surgimiento de algunos modelos característicos de profesionales médicos. A seguir, comentamos la legislación relacionada a la distanasia en el estado de Sao Paulo y finalizamos con algunas propuestas éticas pertinentes al tema desde el punto de vista de algunos médicos brasileños.

Unitérminos: bioética, eutanasia, distanasia, medicina

SIMPÓSIO

ABSTRACT

Disthanasia: a few bioethical reflections based on the Brazilian reality

Reflecting ethically about disthanasia in the Brazilian context, based on the medical ethics coded in Brazil and on the existing medical paradigms, is a major challenge since there is still significant silence surrounding the issue.

Disthanasia has not merited the same attention as euthanasia, by and large, we believe, due to the confusion there is regarding these two concepts.

We consider disthanasia as a medical act, intervention, or procedure that does not reach the goal of benefiting the terminal ill patient and extends the dying process uselessly, inflicting a lot of suffering. The purpose is to distance death. Europeans call it therapeutic obstinacy; Americans consider it futile and useless.

Our reflection begins with the analysis of the disthanasia theme in the coded Brazilian medical ethics. We continue by presenting the different paradigms: medical, scientific-technological, commercial-business, human and solidary benignity, and bio-psychosocial. After that, we detail the appearance of a few models that are characteristic of medical professionals. We later comment on the legislation related to disthanasia in the State of São Paulo, and finalize with a few ethical proposals regarding the issue from the view of a few Brazilian physicians.

Uniterms: bioethics, euthanasia, disthanasia, medicine

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Abdalla LA. Aspectos éticos e médico-legais da ressuscitação cardiopulmonar: ordens de não ressuscitar. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1997;7(1):175-181.

Bernard J. *Esperanças e sabedoria da medicina*. São Paulo: Unesp, 1997.

Bernard J. *Da biologia à ética*. Campinas: Psy, 1994.

Callahan D. *The troubled dream of life: living with mortality*. New York: Simon and Shuster, 1993.

Callahan D. *False hopes: overcoming the obstacles to a sustainable medicine*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1999.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Aprova o código de ética médica. *Diário Oficial da União, Brasília*, p. 1574-1577, 26 jan 1988. Seção 1.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.480, de 8 de agosto de 1991. Estabelece critérios para caracterização da parada total e irreversível das funções encefálicas em pessoas com mais de dois anos de idade. Disponível em: http://www.cfm.org.br/_97.htm. Acesso em 29 nov. 2000.

Aids e ética médica. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2001.

Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-136.

Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1981;127:535-544.

França GV. *Medicina legal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

França GV. *Comentários ao Código de Ética Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

Gouveia R. Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde. São Paulo: Mandacaru, 2000.

Horta MP. Paciente crônico, paciente terminal, eutanásia, problemas éticos da morte e do morrer. In: Assad JE, Liberal HS, Freitas Júnior, HG, Coordenadores. Desafios éticos. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993: 219-228.

Kipper D. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade. *Bioética* 1999;7:59-70.

Konner M. Have we lost the healing touch? *Newsweek* 2001 25 jun: 29-41.

Lepargneur H. Morte cerebral e morte cerebral. *Revista Eclesiástica Brasileira* 1993;(209):87-98.

Marques J. O sonho da medicina infalível. *Humanidades* 1994;(34):352-357.

Martin L. Saúde e bioética: a arte de acolher e conquistar o bem-estar. *O Mundo da Saúde* 1996;20:368-373.

Martin L. A ética médica diante do paciente terminal: leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica. Aparecida: Santuário, 1993.

Martin L. Eutanásia e distanásia. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G., Organizadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998: 171-192.

Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2001.

Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Bioética* 1996;4:31-43.

Pessini L. Morrer com dignidade: até quando manter a vida artificialmente? 4ª ed. Aparecida: Santuário, 1994.

Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 5ª ed. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2000.

Mota JC. Quando um tratamento torna-se fútil? *Bioética* 1999;7:35-39.

Sanvito WL. A medicina tem cura? Uma abordagem crítica da medicina contemporânea. São Paulo: Atheneu, 1994.

Siqueira JE. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. *Bioética* 2000;8:55-64.

Spinsanti S. Aliança terapêutica: as dimensões da saúde. São Paulo: Paulinas, 1992.

Stepke FL. Propositiones para una teoria de la medicina. Santiago: Editorial Universitária, 1992.

Stepke FL. Más allá del cuerpo: la construcción narrativa de la salud. Santiago: Editorial Universitário, 1997.

Stepke FL. Bioética y antropologia medica. Santiago: Mediterrâneo, 2000.

Volich RM. Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

REFERÊNCIAS

1. Martin L. A ética diante do paciente terminal: leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica. São Paulo: Santuário, 1993. Na seção Anexos desta obra o autor transcreve, na íntegra, todos os códigos de ética médica produzidos no Brasil até a atualidade.
2. Código de Ética Médica adaptado pela Associação Médica Americana. In: Martin L. Op.cit., 1993: 305-6 (nesta citação atualizamos o português).

SIMPÓSIO

3. Martin L. Op. cit., p. 216.
4. França GV. Comentários ao Código de Ética Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997: 65.
5. França GV. Op.cit., 1997: 62.
6. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. CFM, 1988.
7. Martin L. O paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica. Revista Eclesiástica Brasileira 1993 mar;53:72-86, e a continuação deste artigo, a parte 2, _____. O paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica parte 2. Revista Eclesiástica Brasileira 1993 jun;53:349-73.
8. Bernard J. Da biologia à ética. Campinas: PSY, 194: 29. Ver também outra obra deste mesmo autor: Bernard J. Esperanças e sabedoria da medicina. Tradução Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Unesp, 1997.
9. Konner M. Have we lost the healing touch? Newsweek 2001 25 jun: 29-41. Em seu editorial publicado na edição semanal de 25 de junho de 2001, a revista *Newsweek* traz uma extensa matéria especial explorando as novas fronteiras da saúde, medicina, humanismo médico e tecnologia. Em determinado momento cita que "o mais profundo e dramático impacto da revolução tecnológica será em nossa saúde. Novas técnicas sofisticadas de *imaging*, partes do corpo biônicas e cirurgias computadorizadas estão capacitando os médicos a diagnosticar e tratar a doença com mais eficácia. Concomitantemente, a riqueza de informações na web deu aos pacientes um poder sem precedentes em relação às escolhas de saúde, um progresso que também traz perigos. Estas mudanças fantásticas estão mudando a compreensão e a prática médicas de um modo que jamais sonhamos. O resultado, para milhões de pessoas, é o presente de viver mais e de forma saudável" (p. 29). Em relação à sedução pela tecnologia, o dr. Melvin Konner, professor de biologia e antropologia médica na Emory University, se pergunta se esta não traz perdas para a relação médico-paciente, em termos de cuidado humano, para além das possibilidades de cura. Indaga o dr. Konner. "A questão é se nós - médicos e pacientes - não nos apaixonamos demais pela tecnologia e acabamos perdendo de vista qual é o seu papel. Buscamos e a invocamos para absorver o seu poder. Não importa que 85% das informações necessárias para se fazer um diagnóstico padrão provêm da história do paciente, um diálogo com ele. Ou que o restante provêm do exame físico e de alguns testes muito simples (...). Os jovens médicos estarão preparados para enfrentar as inúmeras situações em que a tecnologia não será a melhor solução e de cuidar das pessoas angustiadas e que se sentem vulneráveis frente a decisões de vida e morte? Saberão discernir quando parar de investir? Ou as máquinas ganharão vida por si e os médicos, que nunca aprenderam a ouvir ou tocar, acabarão se tornando meros acessórios de computadores? Chegamos ao ponto de simplesmente não nos sentirmos cuidados, caso não se use a última tecnologia disponível. 'Não é necessário o exame genético, doutor?' 'Doutor, eu quero o melhor (...)', ouve-se. A tecnologia surge entre nós e poderemos estar temerosos de conversar com os pacientes e familiares e até mais receosos ainda de tocá-los, em razão da atmosfera litigiosa em que vivemos hoje. Os médicos raramente são processados por aplicar alta tecnologia, mas por não usá-la. 'Por que você não fez aquele teste, doutor?', é uma questão que nenhum médico gosta de ouvir perante a Corte". O dr. Konner comenta o que um de seus mestres dizia durante seu aprendizado médico: 'Encontre alguma razão para tocar o paciente em cada encontro'. "Mas à medida que diagnósticos tecnológicos substituem o exame físico, há sempre menos razões para tocar. Embora os médicos sejam cientistas, eles também sempre têm poder. Quando estamos em suas mãos, eles têm um poder mágico sobre nós. O poder pré-científico reivindicava forças espirituais; na era científica invoca-se os poderes da alta tecnologia. E nós desejamos este poder por causa de nosso

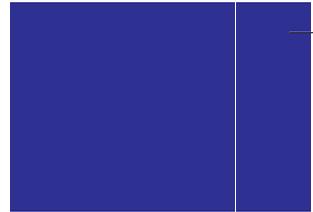
lado mágico. Isto muitas vezes funciona, pois nossa fé vai além da eficácia tecnológica. Se não encontrarmos um equilíbrio entre as velhas artes da cura, fundamentada com a nova tecnologia, poderemos perder o que pensamos já termos ganho. Só que desta vez esta perda pode ser irreversível” (p. 41).

10. Callahan D. False hopes: overcoming the obstacles to a sustainable medicine. New Brunswick: Rutgers University Press, 1999: 156-9.
11. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-136. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psiq* 1981;137:535-44.
12. Marques J. O sonho da medicina infalível. *Humanidades* 1994;(34):3562-70.
13. Gouveia R. Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde. São Paulo. Mandacaru, 2000: 177-82.
14. Gouveia R. Op cit. 2000: 180.
15. Lemes C. Direitos tornam-se lei. In: Gouveia R. Op.cit 2000: 167-168.
16. Lemes C. Op.cit. 2000: 168.
17. A grande imprensa de São Paulo deu destaque considerável a esta nova legislação estadual em relação aos tratamentos médicos na fase final da vida. Na *Folha de S. Paulo* de 20 de março de 1999, numa seção sobre saúde, lemos: Lei permite a recusa de procedimentos dolorosos e a escolha do local da morte, em matéria de Noelly Russo; em letras garrafais, lemos a seguinte manchete: Paciente ganha o direito legal de recusar tratamento. A partir dos depoimentos de vários experts médicos e de outras áreas, tais como bioética e religião, há um consenso no sentido de desideologizar o debate, diferenciando-o da eutanásia. Para o presidente da Sociedade Brasileira de Bioética, prof. dr. Marcos Segre, a legislação “consolida o consenso de que o paciente não tem de obedecer ao médico sempre e promove o paciente a sujeito”.
18. Martin L. Eutanásia e distanásia. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G., Organizadores. Iniciação à bioética. CFM, 1998: 186-189.
19. O Conselho Federal de Medicina (Brasil) publica há dez anos a revista *Bioética*. Trata-se de um periódico pioneiro na área e cuja linha editorial contempla a discussão interdisciplinar e plural das questões. Tivemos a responsabilidade, juntamente com o dr. Júlio César Meirelles Gomes, de coordenar o simpósio Eutanásia, publicado na *Bioética* 1999;7(1).
20. Kipper D. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade. *Bioética* 1999;7:59-70.
21. _____.Op.cit 1999:66.
22. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.480, de 8 agosto de 1997. Estabelece critérios para a caracterização de parada total e irreversível das funções encefálicas em pessoas com mais de dois anos de idade. Brasília: Diário Oficial da União, 21 de agosto de 1997, p. 18227. Seção 1
23. Qual a definição de paciente terminal? O paciente terminal é definido como sendo aquele cuja condição é irreversível, independentemente de ser tratado ou não, e que apresenta alta probabilidade de morrer num período relativamente curto de tempo (p. ex., três a seis meses). (American College of Physicians Ethics.Manual The physician and society, research, life-sustaining treatment, other issues : part 2. *Ann Intern Med*;(111):327-35).
24. O Código Penal brasileiro, de 1940, está em processo de reformulação há vários anos. Até a presente data (9/1/02) temos o anteprojeto de lei que altera dispositivos e dá outras providências.

SIMPÓSIO

Na parte especial, art. 121, Título I, que trata Dos Crimes Contra a Pessoa, Capítulo I, Dos Crimes Contra a Vida, ao se referir à eutanásia é dito no § 3: "Se o autor do crime agiu por compaixão, a pedido da vítima, imputável e maior, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave: Pena - Reclusão, de três a seis anos". O que está diretamente ligado à nossa discussão é o que é dito a seguir na chamada exclusão de ilicitude, § 4: "Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente, ou na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão". A perspectiva evidencia um claro endosso do conceito de ortotanásia.

25. Abdalla LA. Aspectos éticos e médico-legais da ressuscitação cardiopulmonar : ordens de não ressuscitar. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1997;7(1):180.
26. Kipper D. *Op.cit.* 1999:68.
27. Mota JAC. Quando um tratamento torna-se fútil? *Bioética* 1999;7:38.
28. Horta MP. Paciente crônico, paciente terminal, eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer. In: Assad JE, Liberal HS, Freitas Júnior HG, Organizadores. *Desafios éticos*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1993: 2219-228. Cf. também a publicação: *Aids e ética médica*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2001. Esta publicação do CREMESP (julho/2001), apresentada pelo conselheiro dr. Caio Rosenthal, trata das questões de ética médica relacionadas com a Aids. O verbete sobre eutanásia na verdade é uma reflexão sobre a distanásia. Faz-se inicialmente uma rápida referência à legislação brasileira e ao Código de Ética Médica (art. 66) vigente, que proíbem a prática da eutanásia, mas em seguida a reflexão é sobre a distanásia.
29. Siqueira JE. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. *Bioética* 2000;8:62-63.
30. Esta associação tem, entre outros, os seguintes objetivos: a) proporcionar a vinculação científica e profissional entre a equipe de saúde que estuda e pratica as disciplinas ligadas aos cuidados nas enfermidades crônico-evolutivas, em fase avançada e na terminalidade; b) aperfeiçoar a qualidade de atenção aos enfermos que padecem de patologias crônico-evolutivas; c) fomentar as pesquisas no campo dos cuidados paliativos por meio de congressos, seminários e conferências, visando elevar o nível profissional, técnico e científico de todos os profissionais de saúde; d) desenvolver, assessorar e prestar assistência técnica sobre conteúdo, programas curriculares e acadêmicos de educação na área da saúde; e) estudar e discutir problemas éticos e suas implicações na prática dos cuidados paliativos; f) promover o bem-estar da comunidade, preservando a melhoria da qualidade de vida dos enfermos, nos diversos níveis de saúde.
31. Mello AGC. Cuidados paliativos: uma nova abordagem no Brasil. *Boletim Informativo do Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde (ICAPS)* 2001 ago;(189):3-4. Cf. também o informe da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. *O Mundo da Saúde* 1998 jan/fev;22:191.
32. Informações colhidas no curso de treinamento em cuidados paliativos promovido pelo Ministério da Saúde e Secretaria da Saúde/Política de Controle de DST/Aids do Rio Grande do Sul, realizado em Porto Alegre em 30 de maio de 2001, a partir da palestra da dra. Ana Georgia Cavalcanti de Melo, presidente da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos.
33. Guerra MAT. *Assistência ao paciente em fase terminal: alternativa para o doente com Aids [tese]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2001: 136.
34. Sroug MC. *Cutait e o morrer*. Folha de S. Paulo 2001 jul 2;A-3.



ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Av. Nazaré, 1501
Ipiranga
São Paulo/SP - Brasil
CEP 04263-200

