



EDITORIAL

Mistanásia × Qualidade de vida

Sídnei Ferreira¹, Dora Porto²

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ 2. Conselho Federal de Medicina, Brasília/DF, Brasil.

Velamos nossos mortos, enterramos seus corpos e cultivamos lembranças das suas vidas e de nossa convivência. Herdamos a luta contra a morte de nossos ancestrais, caçadores e coletores ou agricultores do Neolítico, que fizeram do combate pela sobrevivência o meio de preservação da espécie. Hoje, a batalha é pelo não envelhecimento e contra a morte, regida pela vaidade, apego à vida e às coisas boas que ela pode proporcionar ou pelo simples medo do desconhecido, das incertezas do *quando* e *como* a morte ocorrerá.

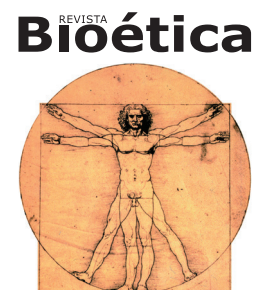
Bilhões são gastos anualmente com pesquisas no campo da genética, para clonar criaturas extintas, tornar o ser humano mais resistente às doenças, menos sujeito ao estresse e a outros males que acarretam doenças e desgastam o organismo. A tecnologia é usada também para não deixar que o corpo envelheça; para usar animais modificados em nossos projetos de vida, tanto na paz quanto na guerra. A luta obstinada e sem limites contra a morte afeta toda a sociedade e as representações coletivas sobre o sentido da vida e o valor do corpo, mas atinge, sobremaneira, o cotidiano dos que cuidam de pacientes terminais.

Dúvidas assolam a mente desses profissionais e os fazem usar de todos os meios para manter o paciente vivo. É dever absoluto mantê-lo vivo? A morte resulta do fracasso da técnica e do conhecimento médicos? Há a possibilidade de responsabilização ética, civil e criminal pela morte? São questionamentos comuns, frequentemente apresentados nos artigos de atualização e pesquisa da *Revista Bioética*, que podem desencadear angústia e descontrole nas equipes de saúde. Tal sensação atinge principalmente os que trabalham no leito de morte com quadros irreversíveis.

Portanto, é necessário que haja compreensão e aceitação da morte, da dimensão da nossa natureza primordial, cujo conhecimento reifica a existência da dignidade humana diante dos limites da medicina, da ciência, de si próprio e de quem é cuidado. A sociedade precisa aceitar a finitude da vida como fato inelutável, sem o olhar *blasé* daqueles que acreditam que a morte tocará apenas o *outro* e sem o pânico atávico dos que tentam ignorar a morte para poder afastá-la.

Ambas as formas de reagir caracterizam o tabu que se erigiu em torno da questão. Da mesma maneira que o tema é interdito em nossa sociedade, não se aprende a lidar com o fim da vida na maioria das escolas médicas. Aprendemos desde a infância sobre medicalização: para cada dor, decepção ou medo haverá um pouco de água com umas gotinhas milagrosas, e isso cria expectativas irreais. Ouvimos dezenas de vezes: “Para tudo há remédio, menos para a morte”. Mas não existe solução para tudo e não aceitamos que não haja remédio para a morte.

Mesmo tendo aprendido durante a formação que “prevenir é melhor do que remediar”, ainda temos dificuldade em ajudar pacientes a aceitar a terapêutica voltada à promoção e proteção da saúde. Essa resistência implica “automaticamente” fazer o diagnóstico e tratar doenças para restaurar a saúde. Com isso, esquecemos às vezes que “cuidar é mais do que curar”. Não discutimos a morte e, por conseguinte, como poderemos conversar com o paciente e sua família sobre isso?



Assim, excedem-se os limites técnicos e éticos, e mantêm-se nas unidades de terapia intensiva (UTI) pacientes em extrema agonia, doentes sem qualquer possibilidade de cura. Ao prolongar a dor e o sofrimento, e estendê-los a familiares e amigos, o profissional exerce o poder ignóbil de manter o processo de morte de forma exagerada e sem sentido. Ao definir a vida como bem supremo, absoluto, acima de tudo, inclusive da liberdade e da dignidade, pode-se estar criando um mito, deixando de lado outros aspectos, como saúde e família.

Existe verdadeira parafernália tecnológica da qual nos beneficiamos, mas com a qual também causamos malefícios a nós mesmos. Processos distintos, mas com objetivo similar foram usados em outras épocas, na construção e ornamentação das pirâmides que abrigariam os corpos dos soberanos (identificados com os deuses), seus pertences e até serviçais e animais de estimação, na esperança de que pudessem voltar a usá-los em outra vida. Os templos eram repletos de ícones que “olhavam” para os mesmos lugares que o homenageado, reforçando a memória de sua presença no mundo dos vivos. Tudo para garantir que se a morte havia chegado e a vida do corpo se fora, isso seria apenas breve passagem no caminho da eternidade.

Atualmente, a parafernália tecnológica e as dúvidas em relação à morte têm gerado e legitimado abusos e a onipotência de alguns profissionais — a obstinação terapêutica em prolongar a vida a qualquer custo e vencer a morte. Segundo Pessini, *a aceitação e a compreensão da morte seriam partes integrantes do objetivo principal da medicina: a busca da saúde*¹. Nesse sentido, acrescenta Potter: *um dilema que deve ser encarado pela ética médica na atualidade é o de quando não aplicar toda a tecnologia disponível*².

A terminalidade da vida não é quadro reversível, não há possibilidade de “cura” com os conhecimentos atuais. A morte se dará inexoravelmente em pouco tempo. O código de ética do American College of Physicians lista cinco aspectos para classificar o paciente em fase terminal de vida: *condição irreversível, tratado ou não; alta probabilidade de morrer em um período curto de tempo, entre três e seis meses; fracasso terapêutico de todos os recursos médicos existentes e já usados. Evoluirá inexoravelmente para a morte; não há atualmente qualquer recurso médico, cientificamente comprovado, capaz de evitar tal evolução*³.

Em 2006, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução CFM 1.805/2006: *Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral*⁴. Essa resolução é o primeiro enfrentamento ético da conduta médica diante da terminalidade da vida, assegura José Henrique Rodrigues Torre⁵. O Ministério Público Federal (MPF) pediu à Justiça a revogação da resolução sob alegação de que se tratava de eutanásia, proibida no Brasil, e que a ortotanásia deveria ser regulamentada pelo Congresso Nacional com edição de lei específica⁶. Durante o processo, o MPF reconheceu a pertinência da resolução e pediu a extinção da ação. O juiz decidiu pela validade da resolução, que nunca mais foi contestada⁷.

O Código de Ética Médica (CEM)⁸, vigente a partir de 2009, mantém o teor da Resolução CFM 1.805/2006⁴, proibindo a eutanásia e o suicídio assistido e repudiando a prática da distanásia, ao mesmo tempo que aprova a ortotanásia. Veda ao médico *abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal* e orienta que, *nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações*

*diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal*⁸. Em vigor desde abril de 2019, o novo CEM mantém esses ditames⁹.

A Resolução CFM 1.995/2012 sobre as diretivas antecipadas de vontade e testamento vital¹⁰ (*living will*) também não deixou de ser contestada, mas a decisão judicial encerrou a questão afirmando que o documento *é legal e constitucional; o CFM está cumprindo seu papel; a Resolução respeita o princípio da dignidade humana; a decisão do paciente é livre; há um vazão legal e a Resolução apenas regulamenta a conduta médica; não há extrapolação de poder; é compatível com os princípios da autonomia e dignidade humana; a decisão do paciente é livre, mas a família está convidada a participar do processo*¹¹.

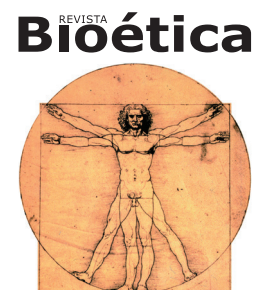
É essencial que os profissionais de saúde que cuidam desses doentes e de suas famílias tenham conhecimentos mínimos sobre o tema, ao menos os contidos nas seguintes publicações e conceitos: Constituição Federal¹²; Código de Ética Médica 2019⁸; Resolução CFM 1.805/2006⁴; Resolução CFM 1.995/2012¹⁰; dos princípios, valores e conceitos bioéticos; conceitos de eutanásia, mistanásia, distanásia, suicídio assistido e cuidados paliativos, para que possam dialogar entre si, no dia a dia da equipe de saúde, aprimorando sua habilidade de comunicação com o paciente ou representante legal, além de parentes eventualmente presentes. O que vale para qualquer paciente é imperativo para aquele em fase terminal: o direito de saber, de decidir, de não ser abandonado, de ter tratamento paliativo e não ser tratado como “objeto”.

Por fim, Pessini¹³ lembra que Márcio Fabri dos Anjos cunhou em 1989 o neologismo “mistanásia”, que se referia a crime ainda não tipificado especificamente no Código Penal¹⁴, mas claramente proibido pela Constituição¹². O termo provém do grego (*mys* = infeliz; *thanatos* = morte; “morte infeliz”), ou seja, morte miserável, precoce e evitável. A esse respeito, Ferreira destaca que *é a morte impingida pelos três níveis de governo por meio da manutenção da pobreza, da violência, das drogas, da falta de infraestrutura e de condições mínimas para a vida digna*¹⁵.

A diminuição sistemática do financiamento da saúde, o mau uso do dinheiro disponível no orçamento, o fechamento de leitos, serviços e unidades de saúde, a abertura indiscriminada de escolas médicas, o desprezo e desvalorização dos gestores pelo médico e demais profissionais da área, a falta de compromisso dos três poderes com a vida da população, corroídos pela corrupção, incompetência e desumanidade, são facetas da mistanásia que condicionam a vida e a morte, aumentando a vulnerabilidade dos mais necessitados¹⁵.

O conceito de mistanásia pode ser aplicado também ao orçamento da educação, área que se interconecta diretamente com a saúde, pois ambas estão ligadas ao processo contínuo de fomentar a cidadania. Educação é a chave para o crescimento social e econômico, para a supressão da iniquidade, a conquista definitiva e palpável dos direitos fundamentais da pessoa. Tanto que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entrelaça *três dimensões básicas: renda, educação e saúde*¹⁶.

Não há na história contemporânea nação que tenha saído da pobreza e do subdesenvolvimento sem promover a educação, em processo político que decorre da vontade genuína de emancipar a população. Ilustram o papel fundamental da educação para o desenvolvimento social e econômico os casos da Coreia do Sul¹⁷ e da Finlândia¹⁸ que, a partir do planejamento das políticas de Estado, investiram sistematicamente nessas áreas durante algumas décadas, suplantando condições históricas e sociais que restringiam seu desenvolvimento e o bem-estar de suas populações.



Neste momento em que a saúde e a educação no Brasil parecem gravemente ameaçadas por cortes orçamentários decorrentes da diminuição das expectativas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), os editores da *Revista Bioética* sentem-se instados a juntarem-se aos educadores, pesquisadores, estudantes, sanitaristas, médicos, enfermeiros e os demais grupos profissionais que clamam por mais ponderação sobre a dotação dos recursos da União. Saúde e educação precisam ser prioridade sempre. A manutenção e principalmente o aperfeiçoamento constante da qualidade das políticas públicas que garantam o acesso universal nestas áreas são essenciais para a construção da equidade e cidadania para todos.


Os editores

Referências


1. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 1996 [acesso 20 maio 2019];4(1):31-43. Disponível: <https://bit.ly/2IHa6ok>
2. Potter V. Humility with responsibility: a bioethic for oncologists: presidential address. *Cancer Res* [Internet]. 1975 [acesso 20 maio 2019];35(9):2297-306. Disponível: <https://bit.ly/2VEXekv>
3. Sulmasy LS, Bledsoe TA. American College of Physicians ethics manual: seventh edition. *Ann Intern Med* [Internet]. 2019 [acesso 30 maio 2019];15:170(Supl 2):S1-32. DOI: 10.7326/M18-2160
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. *Portal Médico* [Internet]. 28 nov 2006 [acesso 17 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2gjSFxb>
5. Torres JHR. Ortotanásia não é homicídio, nem eutanásia. In: Moritz R, coordenadora. *Conflitos bioéticos do viver e do morrer* [Internet]. Brasília: CFM; 2011 [acesso 17 maio 2019]. p. 157-85. Disponível: <https://bit.ly/2HN1RnB>
6. Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Distrito Federal. Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão. Ação civil pública com requerimento de tutela antecipada suspensão da Resolução CFM nº 1.805/2012. Procurador Wellington Divino Marques de Oliveira. *Portal Médico* [Internet]. 9 maio 2007 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2HC2kZK>
7. Brasil. Tribunal de Justiça. Seção Judiciária do Distrito Federal. 14ª Vara de Justiça Federal. Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3. Sentença. Do exposto revogo a antecipação de tutela anteriormente concedida para a suspensão da Resolução CFM nº 1.805/2012 e julgo improcedente o pedido. Relator: Juiz Roberto Luis Luchi Demo. In: Moritz R, coordenadora. *Conflitos bioéticos do viver e do morrer* [Internet]. Brasília: CFM; 2011 [acesso 17 maio 2019]. p. 214-28. Disponível: <https://bit.ly/2HN1RnB>
8. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.931/2008 [Internet]. Brasília: CFM; 2009 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2K0lb0j>
9. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217/2018 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2Hu8MTZ>
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade do paciente. *Portal Médico* [Internet]. 31 ago 2012 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2Jvx9Tp>
11. Brasil. Justiça Federal. Seção Judiciária do Estado de Goiás. Primeira Vara. Ação civil pública nº 1039-86.2013.4.01.3500/Classe:7100. Sentença. Relator: Eduardo Pereira da Silva. TRF [Internet]. 21 fev 2014 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2JyT8Zx>
12. Brasil. Constituição de 1988. Câmara dos Deputados [Internet]. [s.d.] [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2ZZWHNt>
13. Pessini L. Sobre o conceito ético de mistanásia. A12 *Redação* [Internet]. 2015 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2VEb6M7>
14. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Planalto [Internet]. [s.d.] [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/1kR39ir>
15. Ferreira S. A mistanásia como prática usual dos governos. *Jornal do Cremerj* [Internet]. Coluna do conselheiro; mar/abr 2019 [acesso 21 maio 2019];(324):6. Disponível: <https://bit.ly/2YHYhC2>

16. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. O que é o IDH. Pnud Brasil [Internet]. [s.d.] [acesso 19 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2nrIF5k>
17. Amaral R. Ensino de qualidade é segredo do sucesso da Coréia do Sul. BBC Brasil.com [Internet]. 19 ago 2002 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bbc.in/2waitLZ>
18. Educação: com 98% dos alunos na rede pública, Finlândia é referência em educação. Terra [Internet]. 28 out 2013 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2YKqdFJ>

Sidnei Ferreira – Doutor – sidneifer47@gmail.com

 0000-0002-2778-3645

Dora Porto – Doutora – doraporto@gmail.com

 0000-0002-5985-8090

REVISTA
Bioética

