

Eutanásia e Distanásia -

Leonard M. Martin, C.Ss.R

Introdução

O compromisso com a defesa da dignidade da vida humana, na grande maioria dos casos, parece ser a preocupação comum que une as pessoas situadas nos diversos lados da discussão sobre eutanásia e distanásia. Este fato é importante porque indica que as discordâncias ocorrem mais em relação aos meios a utilizar do que em relação ao fim desejado. Isto não significa que há consenso sobre o que se entende por "compromisso com a defesa da dignidade da vida humana", mas possuir clareza sobre a tarefa em mãos _ seja esclarecimento dos fins almejados, seja esclarecimento dos meios _ só pode ajudar na busca de uma ética que respeite a verdade da condição humana e aquilo que é bom e correto nos momentos concretos da vida e da morte.

Neste capítulo, portanto, nosso objetivo é modesto. Não pretendemos resolver todos os problemas que a dinâmica da tensão entre a eutanásia e a distanásia levanta. Pretendemos, sim, contribuir para um maior esclarecimento sobre o que significa falar acerca de uma morte digna e sobre os meios éticos necessários para alcançar este fim. Nesta busca de compreensão, o grande instrumento a nosso dispor é a linguagem e a identificação de palavras cujas referências são apropriadas nos contextos onde são utilizadas. Assim, podemos descobrir com mais segurança aquilo que é bom, compreender melhor aquilo que é fraqueza e desmascarar sem medo aquilo que é maldade humana.

A estratégia que propomos seguir em nossa reflexão é, primeiro, tentar identificar os problemas que a eutanásia e a distanásia querem resolver. O sofrimento no fim da vida é um dos grandes desafios, que assume novos contornos neste fim de milênio diante da medicalização da morte e do poder que as novas tecnologias dão à profissão médica para abreviar ou prolongar o processo de morrer. Qualidade e quantidade de vida na fase terminal da existência humana assumem conotações insuspeitadas há cinquenta ou cem anos. Esta situação complica-se ainda mais diante das mudanças verificadas no estilo de praticar a medicina. No Brasil, pode-se detectar pelo menos três paradigmas da prática médica: o paradigma tecnocientífico, o paradigma comercial-empresarial e o paradigma da benignidade humanitária e solidária, cada qual com suas prioridades e estratégias diante do doente terminal e da problemática do seu sofrimento.

O segundo ponto que pretendemos abordar é a situação muitas vezes chamada de *eutanásia social*. Sugerimos que este conjunto de situações é melhor caracterizado pelo termo *mistanásia*, a morte miserável, fora e antes da hora. A eutanásia, pelo menos em sua intenção, quer ser uma morte boa, suave, indolor, enquanto a situação chamada eutanásia social nada tem de boa, suave ou indolor. Dentro da grande categoria de mistanásia quero focalizar três situações: primeiro, a grande massa de doentes e deficientes que, por motivos políticos, sociais e econômicos,

não chegam a ser pacientes, pois não conseguem ingressar efetivamente no sistema de atendimento médico; segundo, os doentes que conseguem ser pacientes para, em seguida, se tornar vítimas de erro médico e, terceiro, os pacientes que acabam sendo vítimas de má-prática por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos. A mistanásia é uma categoria que nos permite levar a sério o fenômeno da maldade humana.

O terceiro ponto que queremos aprofundar é a *eutanásia* propriamente dita, um ato médico que tem por finalidade acabar com a dor e a indignidade na doença crônica e no morrer, eliminando o portador da dor. O debate sobre o sentido deste termo gera, às vezes, mais calor que iluminação mas é importante que as pessoas percebam com clareza o que estão aprovando e o que estão condenando.

Nosso quarto ponto é um esforço para mostrar que rejeitar a eutanásia não significa necessariamente cair no outro extremo, a *distanásia*, onde a tecnologia médica é usada para prolongar penosa e inutilmente o processo de agonizar e morrer. Mais uma vez, neste caso, a clareza terminológica é indispensável para fundamentar juízos éticos consistentes.

Nosso quinto ponto, trabalhando com o conceito de saúde como bem-estar, procura mostrar que não precisamos apelar nem para a eutanásia nem para a distanásia para garantir a dignidade no morrer. Nossa tese final será que a *ortotanásia*, que procura respeitar o bem-estar global da pessoa, abre pistas para as pessoas de boa vontade garantirem, para todos, dignidade no seu viver e no seu morrer.

Os problemas que a eutanásia e a distanásia querem resolver

A eutanásia e a distanásia, como procedimentos médicos, têm em comum a preocupação com a morte do ser humano e a maneira mais adequada de lidar com isso. Enquanto a eutanásia se preocupa prioritariamente com a qualidade da vida humana na sua fase final _ eliminando o sofrimento _, a distanásia se dedica a prolongar ao máximo a quantidade de vida humana, combatendo a morte como o grande e último inimigo.

Estas caracterizações iniciais da eutanásia e da distanásia, apontando para os valores que querem proteger, podem servir de ponto de partida para nossa discussão.

A primeira grande questão para ambas é a morte do ser humano e o sentido que esta morte apresenta, principalmente quando acompanhada de fortes dores e sofrimento psíquico e espiritual. Até um momento relativamente recente na história da humanidade, a chamada morte natural por velhice ou doença simplesmente fazia parte da vida e, em grande parte, fugia do nosso controle. A morte violenta, por outro lado, vem sendo aperfeiçoada pela maldade humana durante séculos e já alcançou requintes de perversidade e capacidade de mortandade em massa jamais sonhados no passado. Muitos dos receios que surgem na discussão sobre eutanásia e distanásia refletem a consciência que se tem de tanta violência e, no contexto da medicalização da morte, são resultado do crescente poder moderno sobre os processos ligados com a chamada morte natural e o espectro da mão curadora do

médico se transformar em mão assassina.

Diante destas ambigüidades, para maior clareza na discussão, parece-me oportuno distinguir entre a morte provocada que acontece num contexto terapêutico sob a supervisão de pessoal médico devidamente habilitado e todas as outras formas de morte violenta, sejam acidentais, sejam propositais. Esta distinção nos proporcionará uma maior precisão terminológica e maior segurança nas decisões que precisam ser tomadas, seja como membro da equipe médica, seja como paciente, familiar ou responsável legal.

No período pré-moderno, o médico e a sociedade estavam bastante conscientes de suas limitações diante das doenças graves e da morte. Muitas vezes, o papel do médico não era curar, mas sim acompanhar o paciente 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 conhecido. Os ritos médicos foram acompanhados de ritos religiosos e tanto o médico como o padre tornaram-se parceiros na tarefa de garantir para a pessoa uma morte tranqüila e feliz.

Com a modernização da medicina, novos estilos de praticar a ciência e novas atitudes e abordagens diante da morte e do doente terminal emergiram. O paradigma tecnocientífico da medicina se orgulha, com bastante razão, diante dos significativos avanços obtidos nos últimos cem anos nas ciências e na tecnologia biomédica. Atualmente, doenças e feridas antigamente letais são curáveis desde que tenham tratamento adequado. O orgulho, porém, facilmente se transforma em arrogância e a morte, ao invés de ser o desfecho natural da vida, transforma-se num inimigo a ser vencido ou numa presença incômoda a ser escondida.

Outro paradigma da modernidade, bastante ligado aos desenvolvimentos tecnológico e científico, é o paradigma comercial-empresarial. O advento da tecnologia, novos fármacos e equipamentos sofisticados tem um preço, e às vezes bem alto. Este fato deu margem para a evolução de um estilo de medicina onde o médico deixa de ser um profissional liberal e se torna um funcionário, nem sempre bem pago, que atua no contexto de uma empresa hospitalar. Principalmente no setor privado, a capacidade do doente terminal pagar a conta, e não o diagnóstico, é o que determina sua admissão como paciente e o tratamento a ser subsequentemente empregado. Já que, nesta perspectiva, o fator econômico predomina, é o poder aquisitivo do freguês, mais que a sabedoria médica, que determina o procedimento terapêutico _ a infiltração desta mentalidade nota-se mesmo nos grandes centros de atendimento médico mantidos pelos cofres públicos.

Um terceiro paradigma da medicina, o paradigma da benignidade humanitária e solidária, reconhecendo os benefícios da tecnologia e da ciência e a necessidade de uma boa administração econômica dos serviços de saúde, procura resistir aos excessos dos outros dois paradigmas e colocar o ser humano como o valor fundamental e central na sua visão da medicina a serviço da saúde, desde a concepção até a morte. Este paradigma rejeita a mistanásia em todas as formas, questiona os que apelam para a eutanásia e a distanásia e, num espírito de benignidade humanitária e solidária, procura promover nas suas práticas junto ao

moribundo a ortotanásia, a morte digna e humana na hora certa.

Um outro problema _ que tem um grande peso na discussão sobre eutanásia e distanásia _ é a definição do momento da morte. Em muitos casos, não há nenhuma dúvida sobre o óbito do paciente e o fato é aceito sem contestação tanto pela equipe médica como pela família. Há outros casos, porém, bastante polêmicos. A utilização de tecnologia sofisticada que permite suporte avançado da vida levanta a questão de quando iniciar e quando interromper o uso de tal recurso. A crescente aceitação da constatação de morte encefálica como critério para declarar uma pessoa morta é decisiva não somente em casos onde se precisa liberar o corpo para enterro, mas, também, para liberá-lo como fonte de órgãos para transplante.

A mistanásia: a "eutanásia social"

Uma frase frequentemente utilizada é *eutanásia social*. No entanto, considero ser este um uso totalmente inapropriado da palavra *eutanásia* e, assim, deve ser substituído pelo uso do termo *mistanásia*: a morte miserável fora e antes do seu tempo. A eutanásia, tanto em sua origem etimológica ("boa morte") como em sua intenção, quer ser um ato de misericórdia, quer propiciar ao doente que está sofrendo uma morte boa, suave e indolor. As situações a que se referem os termos *eutanásia social* e *mistanásia*, porém, não têm nada de boas, suaves nem indolores. *Mistanásia em doentes e deficientes que não chegam a ser pacientes*

Na América Latina, de modo geral, a forma mais comum de mistanásia é a omissão de socorro estrutural que atinge milhões de doentes durante sua vida inteira e não apenas nas fases avançadas e terminais de suas enfermidades. A ausência ou a precariedade de serviços de atendimento médico, em muitos lugares, garante que pessoas com deficiências físicas ou mentais ou com doenças que poderiam ser tratadas morram antes da hora, padecendo enquanto vivem dores e sofrimentos em princípio evitáveis.

Fatores geográficos, sociais, políticos e econômicos juntam-se para espalhar pelo nosso continente a morte miserável e precoce de crianças, jovens, adultos e anciãos: a chamada *eutanásia social*, mais corretamente denominada *mistanásia*. A fome, condições de moradia precárias, falta de água limpa, desemprego ou condições de trabalho massacrantes, entre outros fatores, contribuem para espalhar a falta de saúde e uma cultura excludente e mortífera.

É precisamente a complexidade das causas desta situação que gera na sociedade um certo sentimento de impotência propício à propagação da mentalidade "salve-se quem puder". Planos de saúde particulares para quem tem condições de pagar e o apelo às medicinas alternativas tradicionais e novas por parte do rico e do pobre, igualmente, são dados sintomáticos de um mal-estar na sociedade diante da ausência de serviços de saúde em muitos lugares e do sucateamento dos serviços públicos e da elitização dos serviços particulares em outros. Numa sociedade onde recursos financeiros consideráveis não conseguem garantir qualidade no atendimento, a grande e mais urgente questão ética que se levanta diante do doente pobre na fase avançada de sua enfermidade não é a eutanásia, nem a distanásia, destinos reservados para doentes que conseguem quebrar as barreiras de exclusão e tornar-se pacientes, mas, sim, a mistanásia, destino reservado para os jogados nos

quartos escuros e apertados das favelas ou nos espaços mais arejados, embora não necessariamente menos poluídos, embaixo das pontes das nossas grandes cidades.

Mistanásia por omissão é, sem dúvida, a forma de mistanásia mais espalhada no chamado Terceiro Mundo. Há, porém, formas de mistanásia ativa que merecem breve comentário tanto por causa de sua importância histórica como da tendência de confundi-las com eutanásia.

A política nazista de purificação racial, baseada numa ciência ideologizada, é um bom exemplo da aliança entre a política e as ciências biomédicas a serviço da mistanásia. Pessoas consideradas defeituosas ou indesejáveis foram sistematicamente eliminadas: doentes mentais, homossexuais, ciganos, judeus. Pessoas enquadradas nestas categorias não precisavam ser doentes terminais para serem consideradas candidatas ao extermínio. Pode-se argumentar, também, que o uso de injeção letal em execuções nos Estados Unidos, principalmente se a aplicação for feita por pessoal médico qualificado, é um abuso da ciência médica que constitui mistanásia e, de fato, é um tipo de má prática condenado pelo Código [Brasileiro] de Ética Médica (elaborado em 1988), no seu artigo 54.

Os campos de concentração, com grande quantidade de cobaias humanas à disposição, favoreceram outro tipo de mistanásia ativa. Em nome da ciência, foram realizadas experiências em seres humanos que em nada respeitavam nem a integridade física nem o direito à vida dos participantes. Assim, seres humanos foram transformados em cobaias descartáveis.

O Brasil não está à margem da forte reação mundial a este tipo de comportamento. A Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, adota uma série de medidas para garantir a integridade e a dignidade de seres humanos que participam em experiências científicas. A resolução exige, nesta situação, cuidados especiais para defender os interesses de grupos vulneráveis. O Código de Ética Médica comunga com esta mesma preocupação quando, atentando para um grupo vulnerável específico, o paciente crônico ou terminal, proíbe explicitamente, em seu artigo 130, experiências sem utilidade para o mesmo, com a intenção de não lhe impor sofrimentos adicionais.

Mistanásia em pacientes vítimas de erro médico

Um outro tipo de situação mistanásica que nos preocupa é aquela dos doentes que conseguem ser admitidos como pacientes, seja em consultórios particulares, em postos de saúde ou em hospitais, para, em seguida, se tornarem vítimas de erro médico. O Código de Ética Médica (1988) fala de três tipos de erro médico: de imperícia, de imprudência e de negligência (artigo 29). Nossa intenção aqui é apenas apontar alguns destes erros que surgem no caso do paciente crônico ou terminal e que constituem mistanásia.

Um exemplo de *mistanásia por imperícia* é quando o médico deixa de diagnosticar em tempo uma doença que poderia ter sido tratada e curada porque ele descuidou da sua atualização e da sua formação continuada (conforme o art. 5° do Código). A imperícia do médico por desatualização condena o paciente a uma morte dolorosa e

precoce.

Outra forma de mistanásia por imperícia é a equipe médica deixar de tratar adequadamente a dor do paciente crônico ou terminal por falta de conhecimento dos avanços na área de analgesia e cuidado da dor, principalmente quando este conhecimento for de acesso relativamente fácil. A falta de habilidade nesta área pode significar, para o paciente, uma morte desfigurada por dor desnecessária.

A *mistanásia* como resultado da *imprudência* médica pode ser apontada em vários casos.

Principalmente quando o médico for adepto da medicina curativa e não vê muito sentido em perder tempo com pacientes desenganados, ele pode correr o risco de prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente (postura condenada pelo artigo 62 do Código). Esta atitude talvez poupe o tempo do médico, mas expõe o doente a risco de terapia paliativa inadequada e sofrimento desnecessário, ambas características típicas da mistanásia.

Outra forma de imprudência que pode levar a resultados mistanásicos é o profissional de saúde efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente, só porque é crônico ou terminal. Deixando de lado os casos previstos nos artigos 46 e 56 do Código (apelo ao responsável legal e iminente perigo de vida), a imprudência em desconsiderar a autonomia do paciente crônico e terminal pode provocar um mal-estar mental e espiritual devido à perda sensível de controle sobre sua vida, tornando miserável e mistanásico o processo de morrer. O direito de saber e o direito de decidir não são direitos absolutos, mas o respeito por eles no contexto de parceria entre o doente e a equipe médica certamente é elemento fundamental na promoção do bem-estar global do paciente em fase avançada ou terminal de sua doença.

Mistanásia por negligência também surge para ameaçar o doente que consegue se transformar em paciente.

Sem levar em consideração os casos de mistanásia que atingem os doentes que não têm acesso a serviços de atendimento médico e que morrem antes da hora devido à omissão de socorro estrutural, queremos aqui apontar a mistanásia provocada por omissão de socorro *na relação médico-paciente já estabelecida* ou pelo abandono do paciente.

É verdade que casos de negligência que provocam danos ao paciente crônico ou terminal, aumentando seu sofrimento e tornando mais miserável sua morte, podem ser fruto de preguiça ou desinteresse por parte do médico e tais casos, certamente, são reprováveis. Não seria justo, porém, jogar a culpa por toda a negligência nas costas do médico como indivíduo, já que muitas vezes a negligência é fruto de cansaço e sobrecarga de serviços devido às condições de trabalho impostas a muitos profissionais em hospitais e postos de saúde.

Sem desmerecer estas considerações, é importante apontar duas formas de mistanásia por negligência onde o médico precisa se responsabilizar e que o atual Código de Ética Médica procura evitar: a omissão de tratamento e o abandono do

paciente crônico ou terminal sem motivo justo.

Não se contesta que o médico tem, até certo ponto, o direito de escolher seus pacientes e ele não é obrigado a atender a qualquer um, indiscriminadamente (conforme o artigo 7º do Código). Este direito, porém, como tantos outros, não é absoluto. É limitado pela cláusula, no mesmo artigo, "salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente". O princípio de beneficência e o apelo à solidariedade humana neste caso pesam mais que o princípio da autonomia do médico. O Código reforça esta posição no artigo 58 quando veda ao médico "deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo". O médico que na ausência de outro se omite em casos de urgência ou que, pela inércia, causa danos irreversíveis ao paciente, precipitando uma morte precoce e/ou dolorosa, é responsável por uma negligência que constitui não apenas um erro culposos mas, também, uma situação mistanásica.

Se esta posição é válida para os pacientes de modo geral, aplica-se de modo especial ao paciente crônico e terminal e o Código se esforça para indicar precisamente isso quando trata especificamente do problema do abandono do paciente.

Além dos artigos 36 e 37 que vedam ao médico abandonar plantão e pacientes de modo geral, há um artigo que trata especificamente da problemática do abandono do paciente crônico e terminal, o artigo 61. A posição fundamental assumida é que é vedado ao médico "abandonar paciente sob seus cuidados". As exceções são regulamentadas por dois parágrafos explicativos. O § 1º estabelece o procedimento a seguir quando o médico considera que não há mais condições para continuar dando assistência: "Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder". O § 2º insiste que o fato de o paciente ser portador de moléstia crônica ou incurável não é motivo suficiente para abandoná-lo, "salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico". É interessante notar que nos códigos de 1929 e de 1931, em artigos com a mesma numeração, o abandono do paciente crônico ou terminal é categoricamente proibido. De acordo com o artigo 8/1929 (pouco modificado em 1931): "*O médico não deverá abandonar nunca os casos crônicos ou incuráveis e nos difíceis e prolongados será conveniente e ainda necessário provocar conferências com outros colegas*".

O abandono do paciente crônico ou terminal que implica na recusa de "continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico" constitui, pois, por causa das suas conseqüências, uma forma de mistanásia rejeitada pela profissão médica no Brasil desde os primórdios da sua tradição codificada.

Mistanásia em pacientes vítimas de má prática

A grande diferença entre a mistanásia por erro médico e a mistanásia por má prática reside na diferença entre a fraqueza humana e a maldade. O erro, mesmo culposos por causa da presença dos fatores imperícia, imprudência ou negligência, é fruto da fragilidade e da fraqueza humana e não de uma intenção proposital de prejudicar alguém. A má prática, porém, é fruto da maldade e a mistanásia por má prática ocorre quando o médico e/ou seus associados, livremente e de propósito, usam a medicina para atentar contra os direitos humanos de uma pessoa, em benefício próprio ou não, prejudicando direta ou indiretamente o doente ao ponto de menosprezar sua dignidade e provocar uma morte dolorosa e/ou precoce.

Fundamental para esta análise é a convicção de que o foco de atenção para a profissão médica deve ser a saúde do ser humano, convicção formulada claramente no artigo 2º do Código de 1988: "O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional". O desvio deste alvo levanta sérias preocupações de ordem ética. Já é grave quando se usa a medicina para maltratar qualquer pessoa, como, por exemplo, na prática de tortura ou na comercialização de órgãos para transplante, principalmente quando retirados de doador pobre, vulnerável por causa de sua situação econômica. Quando se usa a medicina para maltratar o paciente, a gravidade é mais complexa ainda por violar um relacionamento especial de confiança e de vulnerabilidade estabelecido entre a pessoa doente e o profissional de saúde.

A malícia, aqui, consiste no uso maldoso da medicina contra o ser humano ou para tirar proveito dele, em lugar de usá-la para promover seu bem-estar.

Não pretendemos demorar muito neste ponto, mas vale a pena indicar algumas situações típicas para ilustrar melhor esta forma de mistanásia.

Um primeiro exemplo de mistanásia por má prática pode surgir no caso de idosos internados em hospitais ou hospícios onde não se oferecem alimentação e acompanhamento adequados, provocando assim uma morte precoce, miserável e sem dignidade. Não há dúvida que tal situação constitui mistanásia, a única dúvida é de que tipo? É preciso distinguir entre a mistanásia que, por exemplo, ocorre numa cidadezinha pobre do interior, num abrigo para idosos abandonados mantido a duras penas por pessoas de boa vontade e com poucos recursos, e a mistanásia por má prática que surge numa empresa hospitalar quando a verba destinada à alimentação e acompanhamento dos idosos for desviada para beneficiar financeiramente donos, administradores ou funcionários da instituição, deixando os pacientes numa situação de miséria, provocando-lhes uma morte indigna e antes da hora.

Outro exemplo de mistanásia por má prática, muitas vezes confundido com eutanásia por causa da motivação do responsável pelo ato, é quando profissionais de saúde, muitas vezes enfermeiros que têm dificuldades pessoais em conviver por longos períodos com pacientes terminais, por conta própria se tornam "anjos da morte", administrando medicamentos aos seus pacientes idosos, crônicos ou terminais, visando apressar o óbito. O fato de ser motivado por compaixão não

justifica esta atitude autoritária que, além de ferir o direito à vida dessas pessoas confiadas aos seus cuidados, fere também outros direitos ligados à autonomia do paciente crônico ou terminal: o direito de saber qual o tratamento proposto pela equipe médica e o direito de decidir sobre procedimentos terapêuticos que o afetam, ou pessoalmente ou por meio do seu responsável legal.

Claro que a má prática se torna muito mais grave se procedimentos para abreviar a vida de pacientes idosos, crônicos ou terminais, especialmente sem sua anuência, for política assumida pela administração do hospital ou *hospice* e não apenas iniciativa de profissionais isolados.

Um último exemplo de mistanásia por má prática é retirar um órgão vital, para transplante, antes de a pessoa ter morrido. O Código de Ética Médica de 1988 procura evitar esta prática proibindo ao médico que cuida do paciente potencial doador – e responsável pela declaração de óbito – participar da equipe de transplante. Além da dimensão ética que pede respeito pelo direito à vida da pessoa, mesmo nos seus últimos momentos, há uma dimensão pragmática ligada com esta proibição. Se pessoas desconfiam que possam ser mortas para fornecer órgãos para outros, é bem possível que o número de pessoas recusando ser doador aumente significativamente.

Resumindo, podemos dizer que as situações de mistanásia provocada por erro são graves mas, de modo geral, são fruto da fraqueza e fragilidade da condição humana. Não devem ser julgadas com a mesma severidade com que se julgam situações mistanásicas onde as pessoas se tornam vítimas de má prática por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos, ou de outra forma de má prática qualquer fruto da maldade humana.

Estas distinções todas que acabamos de ver são importantes porque nos permitem distinguir entre situações de impotência devido às macroestruturas sociais e às situações de responsabilidade individual ou comunitária marcadas pela fraqueza e a maldade humana.

Com esta análise das diversas formas de mistanásia, preparamos o terreno para tentar esclarecer melhor o sentido dos termos *eutanásia*, *distanásia* e *ortotanásia*.

A eutanásia

A detalhada discussão da mistanásia que acabamos de apresentar é importante, em primeiro lugar, para explicar o que se entende por mistanásia e, em segundo lugar, para ajudar-nos a entender melhor aquilo que a eutanásia não é. No meio de tanta confusão terminológica, a abordagem do tema pela via negativa facilita o processo de esclarecimento pelo qual um determinado tipo de comportamento se identifica corretamente como sendo eutanásia, o que é indispensável para poder emitir com serenidade um juízo ético fundamentado. É pouco provável que os comportamentos que acabamos de caracterizar como mistanásia tenham seus defensores do ponto de vista da ética, mas a eutanásia, para muita gente, continua uma questão aberta. É justamente por isso que queremos examinar a eutanásia levando em consideração o resultado que provoca, a intenção ou motivação que se tem para praticar o ato, a natureza do ato e as circunstâncias. Também, precisamos distinguir entre o valor

moral, considerado objetivamente, que se pode atribuir a um ato eutanásico e a culpa ética ou jurídica que se pode atribuir num determinado caso. Uma das grandes diferenças entre a mistanásia e a eutanásia é o resultado. Enquanto a mistanásia provoca a morte antes da hora _ de uma maneira dolorosa e miserável _, a eutanásia provoca a morte antes da hora de uma maneira suave e sem dor. É justamente este resultado que torna a eutanásia tão atraente para tantas pessoas.

A grande preocupação dos partidários da eutanásia é justamente tirar da morte o sofrimento e a dor e a grande crítica que eles fazem aos que rejeitam a eutanásia é que estes são desumanos, dispostos a sacrificar seres humanos no altar de sistemas morais autoritários que valorizam mais princípios frios e restritivos que a autonomia das pessoas e a liberdade que as dignificam.

Não há dúvida que, aqui, existem elementos éticos de peso: o direito do doente crônico ou terminal ter sua dor tratada e, quando possível, aliviada; a preocupação em salvaguardar, ao máximo, a autonomia da pessoa e sua dignidade na presença de enfermidades que provocam dependência progressiva e a perda de controle sobre a vida e sobre as funções biológicas; e o próprio sentido que se dá ao fim da vida e à morte.

Resta, porém, a questão: se a eutanásia é tão desejável como seus defensores afirmam, por que há tanta resistência, durante tanto tempo, por parte da ética médica codificada e por parte da teologia moral?

Pelo menos uma parte da resposta reside no próprio resultado que a eutanásia traz. O grande objetivo é proteger a dignidade da pessoa, eliminando o sofrimento e a dor. A dificuldade, do ponto de vista da ética médica codificada e da teologia moral, é que, na eutanásia, se elimina a dor eliminando o portador da dor.

O Código de Deontologia Médica de 1931 expressa bem este dilema no seu artigo 16. Primeiro, afirma que "o médico não aconselhará nem praticará, em caso algum, a eutanásia". Em seguida, afirma que o médico tem o direito e o dever de aliviar o sofrimento, "mas esse alívio não pode ser levado ao extremo de dar a morte por piedade". A postura adotada é sedar, sim; matar, não. A partir do Código de Deontologia Médica de 1945 (artigo 4º. 5) os códigos brasileiros de ética médica não mais utilizam o termo *eutanásia*, porém a reprovação da morte proposital por mão de médico permanece firme.

No atual Código, de 1988, o artigo 6º dá continuidade a esta tradição afirmando claramente a preocupação com o valor da vida humana quando diz: "O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade". Esta formulação vai muito além de qualquer concepção biologista do ser humano, afirmando que o tratamento deve ser em benefício do paciente, que não se deve usar a medicina para gerar sofrimento, nem para ofender a dignidade e integridade das pessoas e, menos ainda, para o extermínio do ser humano. Como complemento desta afirmação de princípios, dentro da grande tradição da benignidade humanitária, o Código veda ao médico: "Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido

deste ou de seu responsável legal" (artigo 66).

A moral católica, nos seus textos oficiais, adota uma postura semelhante quando declara moralmente reprovável a eutanásia, entendida como "uma ação ou omissão que, por sua natureza ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar toda a dor". Esta afirmação da Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé é reforçada pelas palavras do Papa João Paulo II, na sua Carta Encíclica *Evangelium Vitae* n° 65, quando confirma que "a eutanásia é uma violação grave da lei de Deus, enquanto morte deliberada, moralmente inaceitável de uma pessoa humana".

Resumindo, podemos perceber no resultado da eutanásia dois elementos: a eliminação da dor e a morte do portador da dor como meio para alcançar este fim. A ética médica codificada e a teologia moral acolhem o primeiro elemento, o tratamento e a eliminação da dor, e recusam o segundo elemento, a morte direta e proposital do portador da dor. Quando se condena a eutanásia, não é o controle da dor, nem a defesa da dignidade da pessoa humana doente ou moribunda que se condena, mas, sim, aquela parte do resultado que acaba matando a pessoa a fim de matar sua dor. O desafio é como defender e promover os valores positivos da eutanásia (quem não queria uma boa morte, suave e sem dor?) sem cair no extremo de matar a pessoa depositária da dignidade humana que fundamenta todos os outros direitos. Outra grande diferença entre a mistanásia e a eutanásia é a intenção ou motivação que se tem para praticar o ato. Em certas formas de mistanásia, especialmente por má prática, existe a intenção de usar a medicina para prejudicar o doente crônico ou terminal, retirando vantagem desta situação. Para um comportamento se caracterizar como eutanásia, porém, é importante que a motivação e a intenção visem beneficiar o doente. Apressar o óbito de um doente terminal com a intenção de ganhar mais rapidamente a herança seria mistanásia, se não simplesmente assassinato. Apressar o óbito deste mesmo doente terminal, motivado por compaixão e com a intenção de mitigar seu sofrimento, seria eutanásia.

Boas intenções não levam, necessariamente, a bons resultados. Compaixão por aquele que sofre é, sem dúvida, um sentimento que enobrece a pessoa. Quando esta compaixão tem como resultado o alívio da dor e a criação de estruturas de apoio que melhorem o bem-estar do doente terminal, estamos diante de uma postura eticamente louvável. Quando, porém, esta compaixão leva a um ato médico que diretamente mata o paciente, acaba-se tirando da pessoa não apenas a possibilidade de sentir dor mas, também, qualquer outra possibilidade existencial.

Na administração de analgésicos aos pacientes em fase avançada da sua doença, a questão de intenção pode assumir uma importância muito grande na avaliação ética do procedimento. Quando, por compaixão, se aplica o analgésico com a finalidade de abreviar a vida, estamos diante de um caso de eutanásia. Quando, porém, se aplica o analgésico com a finalidade de aliviar a dor e mitigar o sofrimento, em doses não-letais, mesmo se com isso pode haver como efeito colateral um certo encurtamento da vida, estamos diante de uma situação diferente. No primeiro caso, um ato tem como seu principal efeito algo mau (matar diretamente alguém) e um efeito secundário bom (eliminar a dor), enquanto no segundo caso o ato tem como seu principal efeito algo bom (eliminar a dor) e um efeito secundário mau (indiretamente, apressar a morte de alguém). No segundo caso, pode-se ver que a

diferença reside precisamente na intenção: fazer o bem, aliviando a dor; e na natureza do ato que também é bom: sedar para promover o bem-estar do paciente. O procedimento se justifica pelo princípio do duplo efeito pelo qual se pode fazer algo bom (sedar), com intenção reta (aliviar a dor), mesmo se isso tiver um efeito secundário negativo (apressar o processo de morrer num caso onde a terminalidade irreversivelmente se instalou).

A distinção entre ação direta e resultados secundários aqui percebida não pode ser transformada em critério de aplicação mecânica, mas pode ser de grande utilidade mais adiante, na discussão sobre a distanásia e o sentido de prolongar indefinidamente a vida humana em certas circunstâncias.

Para ajudar na clarificação terminológica, nesta fase da discussão, sugerimos que o termo *eutanásia* seja reservado apenas para a ação ou omissão que, por compaixão, abrevia diretamente a vida do paciente com a intenção de eliminar a dor e que outros procedimentos sejam identificados como sendo expressões de mistanásia, distanásia ou ortotanásia, conforme seus resultados, intencionalidade, natureza e circunstâncias.

Dentro desta perspectiva que estamos desenvolvendo, ainda falta considerar um pouco mais a fundo a natureza do ato eutanásico e as circunstâncias em que se realiza.

Uma ambigüidade que freqüentemente surge em relação à natureza da eutanásia é se ela é exclusivamente um ato médico ou não. Se os fatores decisivos na definição da eutanásia são o resultado (morte provocada, eliminação da dor) e a motivação (compaixão), a palavra pode continuar tendo uma conotação bastante ampla. Nesta acepção da palavra, o ato de um marido atirar e matar sua esposa que está morrendo de câncer, porque não agüenta mais ouvir suas súplicas para acabar com tanto sofrimento, poderia ser caracterizado como eutanásia. Se, porém, se acrescenta outro fator, a natureza do ato e a eutanásia for definida como ato de natureza médica, de repente a situação descrita não é mais eutanásica.

Já que é o uso que consagra o sentido das palavras, minha sugestão é que o ato descrito seja caracterizado como homicídio por misericórdia ou, quando muito, suicídio assistido, dependendo da participação da vítima no processo. Mais ainda, proponho que se reserve a palavra eutanásia exclusivamente para denotar atos médicos que, motivados por compaixão, provocam precoce e diretamente a morte a fim de eliminar a dor.

Acolhida ou não esta sugestão, é importante, na análise de casos concretos, notar a diferença entre um homicídio por misericórdia, culposo ou não, praticado por um parente ou amigo, e um ato médico que mata intencionalmente o doente a fim de aliviar sua dor.

Independentemente desta discussão sobre a abrangência do termo, a eutanásia como ato médico merece ainda um pequeno comentário. Do ponto de vista ético, é importante distinguir entre eutanásia praticada em pessoas que estão sofrendo física ou psicologicamente, mas cuja condição não é tal que ameace imediatamente a vida (*life-threatening*), e pessoas cuja enfermidade já entrou numa fase terminal, com

sinais de comprometimento progressivo de múltiplos órgãos.

Em ambos os casos, seria empobrecer muito a discussão reduzir a problemática ética à simples questão de autonomia e ao direito da pessoa decidir se quer continuar vivendo ou não. Mesmo na perspectiva da ética de princípios, além da autonomia, é preciso levar em conta os princípios da beneficência, da não-maleficência e da justiça. Se alargarmos mais ainda o horizonte para dialogarmos com as perspectivas da ética baseada num positivismo jurídico ou da ética da virtude, novas indagações e novas respostas aparecerão. Diante desta realidade do pluralismo ético, um conceito adequado de saúde pode ajudar a redimensionar a questão de conflito entre valores e procedimentos e oferecer outras pistas a não ser a morte precoce da pessoa.

Analisando, especificamente, o caso da pessoa que está sofrendo física ou psicologicamente, mas cuja condição não ameaça imediatamente sua vida, podemos tecer as seguintes considerações. É perfeitamente compreensível que uma pessoa tetraplégica, consciente, lúcida e angustiada peça a morte para pôr fim ao seu sofrimento. Se a saúde significa a ausência de doença e de enfermidades incapacitantes e se a autonomia significa que a pessoa tem liberdade de morrer quando e como quiser, faltando outros elementos é difícil encontrar argumentos para negar este pedido. Se, porém, a saúde tem outra conotação e se a autonomia se enquadra numa rede de sentidos e não é um critério de ação isolado, opções alternativas podem ser cogitadas.

Na situação onde se define a saúde como ausência de doença ou de incapacidade psicomotora, não existe muito sentido falar da saúde do doente tetraplégico com pouca perspectiva de cura. Quando, porém, se entende a saúde como o bem-estar físico, mental, social e espiritual da pessoa, abre-se todo um leque de possibilidades para falar na saúde do doente crônico e para promover seu bem-estar. O bem-estar físico da pessoa tetraplégica se promove, em primeiro lugar, cuidando de sua higiene, conforto e tratando infecções ou moléstias que possam pôr em risco sua vida. Um quarto limpo, com cores alegres e temperatura agradável, onde não apenas o doente mas também os outros que entram se sentem à vontade, contribui muito. Não basta, porém, cuidar apenas do bem-estar físico. A promoção do bem-estar mental é de fundamental importância para poder descobrir junto com o doente, exercitando justamente uma autonomia co-responsável, outras saídas para lidar com sua situação a não ser a morte precoce. A reconquista de autoestima e a descoberta das possibilidades existenciais dentro das novas limitações impostas pela sua condição física são todos caminhos para promover não apenas o bem-estar mental do doente mas, também, no sentido amplo do termo, sua saúde. A reconquista da auto-estima acontece, de modo especial, no mundo das relações humanas e é difícil divorciar a promoção do bem-estar mental da promoção do bem-estar social. Isolamento da convivência com pessoas significativas é uma das grandes fontes de miséria para o doente crônico. Reverter este isolamento, recriando redes de relacionamento e construindo novo sentido para viver é um caminho alternativo que leva o doente a esquecer seu pedido de morte e a investir novamente na vida. Nesta fase de construção de novos sentidos, a preocupação com o bem-estar espiritual pode ser um fator decisivo na promoção da saúde global da pessoa.

À luz desta reflexão, pode-se argumentar que nesta situação onde a angústia é

provocada por uma condição que não ameaça diretamente a vida, a eutanásia é um procedimento inapropriado do ponto de vista da ética. O que a situação requer não é investimento na morte mas, sim, investimento no resgate da vida e do seu sentido.

No caso onde a terminalidade já se instalou e o comprometimento irreversível do organismo está em fase avançada, novamente o conceito de saúde com que se trabalha é decisivo para poder dialogar com a proposta eutanásica. Enquanto no caso anterior o procedimento apropriado foi investir na vida, neste caso o procedimento apropriado é investir na morte. A questão é, que tipo de morte?

Se a saúde significa a ausência de doença e se o doente está com dores atrozes e numa situação onde não há mínimas condições de efetuar uma cura, parece não ter sentido falar da saúde do paciente terminal e a eutanásia pode se apresentar como uma proposta razoável. Se, porém, se entende a saúde como o bem-estar físico, mental, social e espiritual da pessoa podemos começar a pensar não apenas na saúde do doente crônico mas, também, em termos da saúde do doente em fase avançada da sua doença e com índices claros de terminalidade.

Nesta perspectiva, a promoção do bem-estar físico do doente terminal, claro, não consiste na sua cura, mas nos cuidados necessários para assegurar seu conforto e o controle da sua dor. Garantir este bem-estar físico é um primeiro passo para manter sua saúde enquanto morre. Mas bem-estar físico apenas não basta. Muitas vezes, é o mal-estar mental que leva o doente terminal a pedir a morte antes da hora. Por isso, uma estratégia importante para permitir a pessoa repensar seu pedido de eutanásia é ajudá-la a recriar seu equilíbrio e bem-estar mental. O sentir-se bem mental e emocionalmente é componente fundamental na saúde do doente terminal. Da mesma forma, o bem-estar social e espiritual agregam às outras formas de bem-estar uma condição que permita à pessoa aguardar com tranquilidade a morte e viver plenamente dentro de suas possibilidades enquanto ela não vem.

Para concluir esta parte da nossa reflexão sobre a eutanásia e os dilemas éticos que levanta, precisamos distinguir entre o valor moral, considerado objetivamente, que se pode atribuir a um ato eutanásico e a culpa ética ou jurídica que se pode atribuir num determinado caso.

Trabalhando com a definição de eutanásia que nós mesmos propomos: atos médicos que, motivados por compaixão, provocam precoce e diretamente a morte a fim de eliminar a dor, precisamos traçar alguns parâmetros para a valoração da eutanásia em casos concretos.

Na tradição jurídica ocidental e na tradição da ética médica codificada e da teologia moral não há dúvida que a eutanásia, nos termos traçados, é considerada objetivamente como sendo um mal. Isto não significa, porém, que estas tradições desconsiderem o elemento subjetivo e tratem uniformemente todos os casos onde há homicídio por misericórdia ou onde há eutanásia no sentido mais restrito por nós proposto. As distinções que existem no direito entre crime e pena e na teologia moral entre o mal, o pecado e a culpa podem ajudar nos casos concretos onde a pessoa pratica o que é objetivamente um mal, segundo os critérios dos sistemas jurídicos e éticos, mas onde ela considera que está procedendo corretamente.

Em relação à problemática jurídica, um sistema de leis pode, perfeitamente, continuar acenando no sentido de que a eutanásia é um mal objetivo, prejudicial à sociedade, caracterizando-a como crime e, ao mesmo tempo, incorporar na legislação mecanismos pelos quais não se prevêem penas para pessoas que praticam tais atos movidas por fortes emoções, como, por exemplo, compaixão diante de grande sofrimento, ou por retas intenções, como, por exemplo, aliviar a dor. O ato continua sendo crime, mas as pessoas que o praticam, em determinadas circunstâncias especificadas, não são punidas, não porque a eutanásia em si não seja um mal, mas porque outros fatores entram na elaboração do juízo ético-jurídico.

Na teologia moral, algo semelhante existe na distinção que se faz entre o mal objetivo e o pecado, entre a maldade praticada e a culpa pessoal. Para caracterizar um pecado grave não basta uma pessoa cometer um ato objetivamente mal, como matar uma pessoa inocente. Precisa, também, ter conhecimento claro e pleno que aquilo que se faz está errado e ter plena liberdade para agir. Em relação à eutanásia, em determinados casos é possível juntar estes três elementos: matéria grave, clara consciência e plena liberdade; nesta circunstância, o ato eutanásico seria um pecado. Porém, no dia-a-dia dos doentes terminais, quando se praticam atos eutanásicos, muitas vezes por causa das pressões emocionais, familiares ou sociais, faltam os elementos de clareza de consciência ou de liberdade. Nestes casos, o próprio documento do Vaticano que versa sobre a eutanásia (de 1980) reconhece que pode haver diminuição ou até ausência total de culpa.

A distanásia

A mistanásia e a eutanásia têm em comum o fato de provocarem a morte antes da hora. A distanásia erra por outro lado, não conseguindo discernir quando intervenções terapêuticas são inúteis e quando se deve deixar a pessoa abraçar em paz a morte como desfecho natural de sua 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 de se fixar na quantidade desta vida e de investir todos os recursos possíveis em prolongá-la ao máximo.

A distanásia, que também é caracterizada como encarniçamento terapêutico ou obstinação ou futilidade terapêutica, é uma postura ligada especialmente aos paradigmas tecnocientífico e comercial-empresarial da medicina.

Ajuda-nos a entender melhor a problemática da distanásia situá-la na transição da medicina como arte, nas suas expressões pré-modernas, para a medicina como técnica e ciência, na sua expressão mais moderna. 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 se define 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 mediação para a ciência e a tecnologia, passa para segundo plano.

A questão técnica, nesta ótica, é como prolongar os sinais vitais de uma pessoa em

fase avançada de 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 é: até quando se deve investir neste empreendimento? Que sentido este investimento tem?

No Brasil, na tradição da ética médica codificada, durante certo tempo havia uma tendência a respaldar um comportamento distanásico. O motivo apresentado pelo Código de 1931 para reprovar a eutanásia é "porque um dos propósitos mais sublimes da medicina é sempre conservar e prolongar a vida" (artigo 16). Se aceitarmos que a finalidade da medicina "é sempre conservar e prolongar a vida" estamos claramente deitando as raízes da justificação da distanásia com seu conjunto de tratamentos que não deixam o moribundo morrer em paz. No atual Código de Ética Médica notamos uma 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 da pessoa e o critério para avaliar seus procedimentos é se eles vão beneficiá-la ou não (artigo 2º). O compromisso com a saúde, principalmente se for entendida como bem-estar global da pessoa e não apenas ausência de doença, abre a possibilidade de se preocupar com questões outras no tratamento do doente terminal que apenas questões curativas. Mesmo assim, continua firme a convicção, encontrada em códigos anteriores, de que "o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana" (artigo 6º). Esta tensão entre beneficiar o paciente com tratamentos paliativos _ que talvez abreviem sua vida mas que 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.

Dentro da perspectiva do paradigma tecnocientífico, a justificação do esforço para prolongar indefinidamente os sinais vitais é o valor absoluto que se atribui à vida humana. Dentro da 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. Havendo um plano de saúde ou uma família ou instituição dispostos a investir neste procedimento, os tratamentos continuam enquanto o paciente não morrer ou os recursos não acabarem. Dentro de um sistema de valores capitalistas, onde o lucro é o valor 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. Porém, a precariedade do compromisso com o valor da vida humana, nesta perspectiva, se manifesta logo que comecem a faltar recursos para pagar as contas. Uma tecnologia de ponta que parecia tão desejável de repente é retirada e tratamentos mais em conta, do ponto de vista financeiro, são sugeridos.

O paradigma médico da benignidade solidária e humanitária e a teologia moral procuram outras abordagens na tentativa de resolver o dilema entre tratar em excesso ou deixar de tratar o suficiente o doente terminal. Procuram mostrar que atribuir grande valor à vida humana não significa uma opção por uma frieza cruel diante do sofrimento e da dor do paciente terminal. A medicina tecnocientífica tende a resolver o dilema caindo em um dos dois extremos. Ou escolhe a *eutanásia* _ reconhecendo sua impotência e, neste caso, 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 escolhe a *distanásia* _ ofendida no seu brio, optando por resistir à morte até as últimas conseqüências, mostrando uma 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 que opera com o conceito de saúde como bem-estar tende a optar por um meio termo que nem mata nem prolonga exageradamente o processo de morrer, mas que procura favorecer à pessoa uma morte sem dor, uma morte digna na hora certa, rodeada de amor.

A teologia moral procura abordar a questão afirmando que a vida e a saúde são bens fundamentais que permitem a conquista de tantos outros bens, mas que não são bens absolutos. A vida nesta terra é finita e a morte é um fenômeno natural que pode ser domado mas não evitado. O sentido que se dá ao viver e ao morrer é que é importante. A tradição cristã reconhece que há circunstâncias em que a pessoa pode, legitimamente, sacrificar sua saúde e sua vida _ por exemplo, para salvar a vida de outra pessoa. Reconhece, também, que há momentos quando se deve lutar para afastar a morte e momentos quando se deve parar e abraçá-la.

Já em meados do século XX, o papa Pio XII, preocupado em humanizar a situação do paciente terminal, falou da distinção entre *meios ordinários* e *meios extraordinários* em relação ao direito e dever de empregar os cuidados necessários para conservar a vida e a saúde. Enquanto condenava claramente a eutanásia, ele rechaçou a *distanásia* afirmando que ninguém é obrigado a usar meios extraordinários para manter a vida. Ele estabelece como princípio básico o direito e dever de empregar os cuidados necessários para conservar a vida e a saúde. Somente é obrigação, porém, usar meios ordinários que não impõem nenhum ônus extraordinário para si mesmo ou para outros. Nesta perspectiva, determinadas cirurgias ou tratamentos caros no exterior podem ser legitimamente recusados. O fato de não ser obrigado a fazer algo não tira a liberdade de fazê-lo e isto é a terceira consideração que Pio XII apresenta. É permitido apelar para meios extraordinários, com a condição de não faltar com deveres mais graves.

Em 1980, com a *Declaração sobre a Eutanásia*, a posição da Igreja foi aperfeiçoada um pouco mais. Diante das dificuldades de se definir, em casos concretos, quais os meios ordinários e extraordinários, a *Declaração* adota a terminologia de *meios proporcionados* e *meios não proporcionados*. Por esta distinção se entende que há um dever básico de cuidar da saúde, mas deve existir uma proporcionalidade entre os meios usados para isto e os resultados previsíveis. Principalmente quando não há mais possibilidade de se recuperar de uma doença _ e quando já se iniciou o processo de morrer _ "é lícito, em consciência, tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida sem, contudo, interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes".

O que abre horizontes para procedimentos éticos que evitam a *distanásia* é a distinção entre terapia e cuidados normais. Cuidar do asseio do paciente, do seu conforto e de sua alimentação _ na medida em que essa pode ser tolerada por via oral _ constituem, sem dúvida, cuidados normais. A obrigação ética de recorrer a qualquer outro procedimento que constitui ato médico ou terapêutico, incluindo, a

meu ver, 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 a patologia previamente existente.

Na perspectiva da benignidade humanitária e solidária, o importante é viver com dignidade e, quando chegar a hora certa, morrer com dignidade também.

A ortotanásia

Estas reflexões nos levam a perceber que, para os que favorecem uma medicina tecnocientífica ou comercial-empresarial, uma mudança de paradigma se impõe se quiserem evitar os excessos da eutanásia e da distanásia. Enquanto o referencial for a medicina predominantemente curativa, é difícil encontrar caminho que não pareça desumano, por um lado, ou descomprometido com o valor da vida humana, por outro. Uma luz importante advém da mudança de compreensão do que realmente significa *saúde*, que vem sendo impulsionada pela redefinição deste termo pela Organização Mundial da Saúde, para a qual já chamamos a atenção. Em lugar de ser entendida como a mera ausência de doença, propõe-se uma compreensão da saúde como bem-estar global da pessoa: bem-estar físico, mental e social. Quando a estes três elementos se acrescenta também a preocupação com o bem-estar espiritual, cria-se uma estrutura de pensamento que permite uma revolução em termos da abordagem ao doente crônico ou terminal.

Dentro do horizonte da medicina curativa que entende a saúde, primordialmente, como a ausência de doença, é absurdo falar da saúde do doente crônico ou terminal porque, por definição ele não tem nem pode ter saúde. Porém, se redimensionamos nosso conceito de saúde para focalizar suas dimensões positivas, reinterpretando-a como sendo um estado de bem-estar, descobrimos formas de discurso nas quais existe sentido em se falar da saúde do doente crônico ou terminal, já que nos referimos a seu bem-estar físico, mental, social e espiritual, mesmo quando não há mínima perspectiva de cura, e isto faz sentido.

O compromisso com a promoção do bem-estar do doente crônico e terminal permite-nos não somente falar de sua saúde mas, também, de desenvolver um conceito de *ortotanásia*, a arte de bem morrer, que rejeita toda forma de mistanásia sem, no entanto, cair nas ciladas da eutanásia nem da distanásia.

A ortotanásia permite ao doente que já entrou na fase final de sua doença, e àqueles que o cercam, enfrentar seu destino com certa tranquilidade porque, nesta perspectiva, a morte não é uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida. Uma vez aceito este fato que a cultura ocidental moderna tende a esconder e a negar, abre-se a possibilidade de trabalhar com as pessoas a distinção entre curar e cuidar, entre manter a vida _ quando isto for o procedimento correto _ e permitir que a pessoa morra _ quando sua hora chegou.

Neste processo o componente ético é tão importante quanto o componente técnico.

O ideal é realizar a integração do conhecimento científico, habilidade técnica e sensibilidade ética numa única abordagem. Quando se entende que a ciência, a técnica e a economia têm sua razão de ser no serviço à pessoa humana individual, comunitária e socialmente, descobre-se no doente crônico e terminal um valor até então escondido ou esquecido. Respeito pela sua autonomia: ele tem o direito de saber e o direito de decidir; direito de não ser abandonado; direito a tratamento paliativo para amenizar seu sofrimento e dor; direito de não ser tratado como mero objeto cuja vida pode ser encurtada ou prolongada segundo as conveniências da família ou da equipe médica são todas exigências éticas que procuram promover o bem-estar global do doente terminal e, conseqüentemente, sua saúde enquanto não morre. No fundo, ortotanásia é morrer saudavelmente, cercado de amor e carinho, amando e sendo amado enquanto se prepara para o mergulho final no Amor que não tem medida e que não tem fim.

Conclusão

Em nosso esforço para esclarecer os termos eutanásia e distanásia introduzimos na discussão mais dois termos: mistanásia e ortotanásia. Agindo assim, esperamos tanto ter aperfeiçoado os instrumentos lingüísticos a nosso dispor como ter permitido um pequeno avanço na promoção do bem-estar e saúde do doente crônico e terminal.

Uma convicção básica que nos sustentou nesta reflexão é que o rosto do doente cuja vida chega ao fim não pode ser escondido em toda esta discussão, nem seu nome esquecido. É quando se esconde o rosto e se esquece o nome que é mais fácil despersonalizar o caso e tratar o corpo _ objeto dos nossos cuidados _ como um objeto desprovido das complicações inerentes no trato da mãe, do filho ou do avô de alguém querido.

Não há dúvida que é mais fácil tratar a morte como um fenômeno puramente biológico. A dificuldade é que a morte de seres humanos recusa simplificações desta natureza. Aspectos jurídicos, sociais, psicológicos, culturais, religiosos insistem em se "intrometer" e "complicar" a situação. O objeto biológico constantemente se transforma num sujeito pessoal reivindicando direitos, dignidade e respeito. Nesta insistência do "eu" em incomodar o objetivo científico, surgem os parâmetros éticos e as questões vitais que procuramos identificar dentro das categorias de mistanásia, eutanásia, distanásia e ortotanásia.

Bibliografia

Anjos MF. Eutanásia em chave de libertação. Boletim do ICAPS, 1989 jun;7(57):6.

Bizatto JI. Eutanásia e responsabilidade médica. Porto Alegre: Sagra, 1990.

Comissão Episcopal Espanhola. Comissão Episcopal para a Defesa da Vida. A eutanásia: 100 perguntas e respostas sobre a defesa da vida humana e a atitude dos católicos. Lisboa: Edições São Paulo, 1994.

Conselho Federal de Medicina (Brasil). Código de Ética Médica. Resolução CFM

nº 1.246/88. Rio de Janeiro: CFM, 1988.

Gafo J. La eutanasia: el derecho a una muerte humana. Madrid: Ediciones Temas de Hoy, 1989.

Gafo J, editors. La eutanasia e el arte de morir. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1990. (Dilemas éticos de la medicina actual, 4).

Häring B. Medicina e moral no século XX. Lisboa: Editorial Verbo, 1974.

João Paulo II. Evangelium vitae: carta encíclica sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana. São Paulo: Paulinas, 1995.

Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

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

Martin LM. O código brasileiro de ética médica e os direitos do doente na fase final da AIDS. In: Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. São Paulo: Paulus, 1996.

Martin LM. Evangelizar e ser evangelizado pelo doente terminal. In: Pessini L. Vida, esperança e solidariedade: subsídio para profissionais e agentes de Pastoral da Saúde e dos enfermos, para o trabalho domiciliar, hospitalar e comunitário. Aparecida, SP: Santuário, 1992: 136-44.

Martin LM. Os limites da vida: questões éticas nos cuidados do paciente terminal. Fragmentos de Cultura: revista do Instituto de Filosofia e Teologia de Goiás 1997 jun;(24):21-36.

Martin LM. O paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica I. Revista Eclesiástica Brasileira 1993 Mar;53:72-86.

Martin LM. O paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica II. Revista Eclesiástica Brasileira 1993 Jun;53:349-73.

Martin LM. Saúde e bioética: a arte de acolher e conquistar o bem-estar. O Mundo da Saúde 1996 nov./dez.;20(10):368-73.

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

Pessini L. Eutanásia e América Latina: questões ético-teológicas. Aparecida, SP: Santuário, 1990.

Pessini L. Morrer com dignidade: até quando manter a vida artificialmente? Aparecida, SP: Santuário, 1990.

Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé. Declaração sobre a eutanásia. SEDOC

1980 Set., col. 173.

Vidal M. Eutanásia: um desafio para a consciência. Aparecida, SP: Santuário, 1996.

Vidal M. Moral da pessoa e bioética teológica. In: _____. Moral de atitudes. 4.ed.rev.atual. Aparecida, SP: Santuário, 1997. vol 2, t.1