

A Bioética e a Psicologia da Saúde: Reflexões sobre Questões de Vida e Morte

Wilma da Costa Torres^{1,2}
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Resumo

O presente trabalho focaliza os fatores impulsionadores do surgimento da Bioética, destacando: a) a revolução científica e tecnológica, e b) a revolução social dos anos 1960. Descreve o desenvolvimento histórico da Bioética desde sua definição inicial como ciência da sobrevivência humana até seu estágio atual – o da Bioética Global, e suas fronteiras com os vários campos do saber. A psicologia da saúde integra esse contexto multidisciplinar principalmente por sua reflexão sobre temas desafiadores da Bioética, entre os quais são aqui discutidos aqueles decorrentes da medicina intensiva (eutanásia e distanásia) e aqueles derivados da medicina substitutiva (transplantes). Questões básicas como definição de morte, consentimento livre e informado são analisadas como ainda polêmicas e controvertidas. Conclui-se com as indagações sobre as *quimeras* da ciência para triunfar sobre a doença e os problemas da *ordem canibal* que se espera diminuam na medida em que as terapêuticas etiológicas e fisiológicas progredam.

Palavras-chave: Bioética; psicologia da saúde; questões desafiadoras.

Bioethics and Health Psychology: Reflecting upon Life and Death Questions

Abstract

The present work focus on factors that contributed to the emerging field of Bioethic. Among those, we point out: a) technological and scientific revolution; b) social revolution of the 60's. It describes the historical development of Bioethic, from its former definition as a science of human survival to its current stage – Global Bioethic and its boundaries with different fields of knowledge. Health Psychology takes part in this multidisciplinary context, mainly due to its reflection upon challenging themes that involve Bioethics; among these themes, we discuss here those brought about by intensive medicine (euthanasia and disthanasia) and the ones that are a consequence of substitutive medicine (transplants). Basic questions, such as death definition, free and informed consent, are analysed as still polemic and controversial. The article is concluded raising questions upon the *chimeras* of science to triumph over diseases and the problems brought about by the *cannibal order*, that are expected to diminish as a consequence of the progress of etiological and physiological therapeutics.

Keywords: Bioethic; health psychology; challenging themes.

Nas últimas décadas, as discussões sobre os temas limites vida-morte suscitaram dilemas que forçaram a ética a renascer com todo vigor (Torres, 1998). Segundo Veatch (1994), para esta explosão da ética são responsáveis dois movimentos sociais importantes:

1) A revolução tecnológica - que na área biomédica levou a prática médica a uma ênfase na técnica, no racional, no objetivo, no econômico, no público, etc, e a um quase abandono dos aspectos psicossociais e emocionais, subjetivos, no trato da doença. No curso dessa transformação tecnológica, Bernard (1994) ressalta a revolução terapêutica que, ao mesmo tempo que deu ao homem o poder de triunfar sobre doenças durante muito tempo fatais, também demonstrou a necessidade de investigação rigorosa sobre novos medicamentos a fim de se poder avaliar suas vantagens e desvantagens. Para citar apenas um exemplo da imperiosa

necessidade dessa pesquisa, basta lembrar as deformações congênitas dos recém-nascidos vítimas da talidomida em todo o mundo, ocorridas na década de 1960.

Da mesma forma, ainda segundo Bernard (1994), também a revolução biológica, mais recente, com o conceito de patologia molecular que, hoje em dia, governa toda a medicina, dará ao homem o domínio sobre três campos: o da reprodução (que envolve a ética da inseminação artificial, fecundação *in vitro*, etc), o da hereditariedade (que permite reconhecer durante a vida intrauterina graves doenças hereditárias, no nascimento a predisposição a outras, e, ainda modificar, por meio da engenharia genética, o patrimônio genético dos seres vivos), e, finalmente, o do sistema nervoso pois, graças ao progresso das neurociências, começa-se a conhecer a física e a química do cérebro do homem. Todo esse avanço tecnológico que, sem dúvida, traz novas esperanças para a humanidade, acarreta também uma série de perigos e questionamentos éticos que exigem uma vigilância atenta.

Partindo desse breve retrospecto da revolução científica e tecnológica, hoje se pergunta: Foi ético colocar o coração de um macaco em uma criança para fins experimentais? Uma

¹ Parte deste artigo está baseada em conferência pronunciada pelo autor na XXXI Reunião Anual de Psicologia SBP, UERJ, Outubro, 2001.

² Endereço para correspondência: Av. Maracanã, 1404, 902, 20511 001, Tijuca, Rio de Janeiro, RJ. Fone: (21) 22389657, Fax: (21) 25703722. E-mail: wiltor@psycho.ufrj.br

tal tentativa é contrária aos dados da ciência atual, pois ainda não podemos transpor a barreira da espécie. É portanto imoral ou amoral (Bernard, 1994). Tendo em vista os direitos dos receptores (no caso o direito dos pais do recém-nascido receptor), é preciso considerar que este singular enxerto parece ter sido tentado sem que os mesmos tivessem o conhecimento do caráter não científico, na época, do empreendimento. Será ético utilizar crianças que nascem com anencefalia como doadoras de órgãos? Os franceses criaram um termo para certas situações que se aplica a esta: *encarniçamento terapêutico*. Anteriormente, um bebê anencefálico tinha uma esperança de vida de horas ou dias. Hoje se pode mantê-lo em estado vegetativo por longo período. Ou seja, medidas sustentadoras da vida podem ser utilizadas a fim de que os órgãos não se deteriorem e se tornem úteis para transplantes. Tal prática tem ocorrido e suscitado dúvidas quanto às suas implicações éticas.

Outras situações poderiam ser ainda mencionadas, como por exemplo, a utilização do tecido fetal no tratamento de doenças neurológicas. Será este um procedimento ético tendo em vista a fonte? O projeto genoma pode ser usado de forma negativa? O teste de DNA pode vir a ter utilidade de forma discriminatória, reduzindo os seres humanos a predisposições genéticas?

Sem dúvida, o endeusamento tecnológico, a idolatria científica e a euforia tecnológica podem, a rigor, evidenciar tanto um esforço da medicina para negar a morte e para transformá-la em algo remoto, removível, abolível como demonstrar também, muitas vezes, um desrespeito à vida, uma vez que a tecnologia possibilita ambos os comportamentos.

Em resumo, os progressos até aqui assinalados levantaram questões éticas para as quais, no estado atual do conhecimento, não existe resposta satisfatória.

2) O segundo desenvolvimento responsável pela explosão da ética foi a revolução social dos anos 1960, que projetou a importância da pessoa leiga no processo decisório, inclusive na área médica, introduzindo no campo da ética temas que nunca haviam sido abordados anteriormente. Por exemplo, a regulamentação do aborto em alguns países trouxe para a discussão o problema de quando a vida começa; já o caso de Karen Quinlan, o problema de quando a vida termina. O feto é uma pessoa? A partir de quando? A forma como respondemos a esta questão é um determinante de nossa atitude frente ao aborto. Callahan (citado em Pessini & Barchifontaine, 2000), em um clássico estudo sobre o aborto, identifica três posturas em relação ao *status* do feto: a *genética*, segundo a qual se o genótipo está presente no momento da fertilização, o ser humano em desenvolvimento é humano desde o momento da concepção; a *desenvolvimentista*, segundo a qual certo grau de desenvolvimento é necessário para que

o indivíduo seja considerado um ser humano. Assim, a vida começaria a partir da formação do córtex cerebral ou da constituição física do feto ou, ainda, a partir da expulsão do útero; a das *conseqüências sociais*, para a qual a questão não é quando a vida começa mas quando a vida humana começa, que tipo de pessoas queremos? A partir desta questão, define-se os indivíduos conseqüentemente. Nesta perspectiva, não é a dimensão biológica ou desenvolvimentista que são importantes, mas o desejo da sociedade em termos de normas sociais e morais. O ser humano é totalmente biológico e totalmente relacional. Desde o útero materno, existem trocas entre o feto e a mãe, e, também, entre o feto e o pai. Durante todo o período de gestação, o ser humano é modelado pelas trocas biológicas e relacionais, sendo o relacionamento a característica mais marcante da vida humana.

Quanto à segunda questão, quando a vida termina? O caso Karen Quinlan, por sua importância histórica, é um marco no debate que envolve as questões éticas sobre o tema. Como se sabe, mas cabe lembrar, aos 21 anos de idade, ingressou na U.T.I. do Hospital de Nova Jersey em estado de coma devido à ingestão de drogas e álcool, sendo então conectada a um respirador. Exames neurológicos repetidos mostraram a irreversibilidade do processo. Os pais manifestaram, então, desejo de que os meios extraordinários fossem interrompidos e o respirador retirado. O médico não aceitou o pedido, insistindo que era seu dever manter as medidas sustentadoras da vida. Os pais recorreram à justiça e mais uma vez tiveram seu pedido negado pelo juiz que alegou que Karen estava viva médica e legalmente. Os pais apelaram, então, ao Supremo Tribunal do Estado de Nova Jersey. Esta instância revogou a anterior considerando que a enferma tinha o direito constitucional de recusar tratamento, nomeando o pai como tutor e eliminando a responsabilidade criminal pela retirada dos meios artificiais de sustentação. Em resumo, após a remoção do respirador, Karen continuou viva por 9 anos. Este caso mobilizou o mundo e tornou-se o símbolo do fato de que o debate sobre as decisões de interromper as medidas sustentadoras da vida iria para o domínio público, iniciando, assim, o debate leigo sobre a ética da morte e do morrer.

Ainda, em decorrência da revolução social, cabe também destacar que a América dos anos 1960 tornou-se perspicaz e consciente da discriminação como um problema social. Assim, por exemplo, na ausência de máquinas de diálise para atender a todos os pacientes, quais parâmetros devem determinar a escolha? Quem deve estabelecer os critérios? Hoje se admite que a justiça para selecionar candidatos para tratamento médico não é em si uma especialidade médica. Uma pessoa leiga, a rigor, poderia fazer tão bem, ou talvez melhor que os médicos. Portanto, no início dos anos 1960, um problema radicalmente novo

surgiu, dando-se às pessoas leigas, alheias às discussões médicas, o poder de decidir a respeito da admissão de um tratamento médico. Da mesma forma, a contestação da guerra do Vietnã, assim como a luta pela igualdade dos direitos entre brancos e pretos, entre homens e mulheres provocaram o despertar de uma nova consciência de ser, de um apurado sentido do humano. Em decorrência desses dois movimentos – a revolução tecnológica e a revolução social – a ética foi obrigada a abandonar as paredes protetoras da sala de aula, onde os códigos de ética profissional eram apenas teórica e abstratamente ensinados, para mergulhar nas complexas e turvas realidades emergentes das situações criadas por estas revoluções.

Estes fatos concorreram, em última instância, para que o poder da religião e a autoridade canônica acerca do bem, do que é certo, sobre a ação apropriada, fossem suplantadas pelas afirmações da ciência e por uma moral secular (leiga), que enfatiza o domínio do homem, levando-o a trazer para si próprio as decisões sobre a vida e a morte e, portanto, estão nas raízes da Bioética. Esta revolução da ética (secular), embora impedindo o imobilismo e impulsionando o progresso, deve, não obstante, estar imperiosamente apoiada em princípios, estes sim intocáveis.

O surgimento da Bioética foi uma exigência das situações decorrentes dos fatos até aqui analisados e, sobretudo, da revolução científica e tecnológica. Como disciplina, está completando 30 anos. O termo, um neologismo derivado das palavras gregas bios (vida) e ethike (ética), passou a ser utilizado na década de 1970, quando surgiu nos Estados Unidos; na Europa, na década de 1980 e nos países em desenvolvimento a partir da década de 1990. Discute-se seus fundamentos epistemológicos, sua abrangência temática, mas sua maior preocupação é prover a qualidade de vida, tanto assim que foi inicialmente definida como *ciência da sobrevivência humana* (Potter, 1971)³.

Portanto, a Bioética não surge no contexto da Igreja, embora entre seus pioneiros haja importantes teólogos como Joseph Fletcher⁴ e Ramsey⁵, mas surgiu no meio de pesquisas, nos laboratórios, com os cientistas se questionando sobre a ética envolvida em determinados procedimentos científicos. Cumpre lembrar que paralelamente ao livro de Potter (1971), Henry Brecher (1996, citado em Diniz, 1999) médico anestesista, publicou um artigo no qual denuncia

experimentos envolvendo seres humanos em condições precárias e subumanas, tais como: internos em hospitais de caridade, adultos e crianças com deficiências mentais, idosos, pacientes psiquiátricos, etc., mostrando, desta forma, que a imoralidade não era exclusivamente dos médicos nazistas.

Segundo Pellegrino (1999), do ponto de vista evolutivo, a Bioética já passou por diferentes estágios. A escola de Wisconsin, onde se originou o conceito, com Potter, entendeu a Bioética no sentido global, envolvendo biologia, ecologia e meio ambiente. Já a escola de Georgetown, Instituto Kennedy, viu a Bioética essencialmente como um ramo da filosofia. Hoje, no estágio da bioética global, a gama de problemas se ampliou muito e obrigou os eticistas a considerarem disciplinas para além de suas especificidades, e, assim, estabelecer fronteiras com diversos campos do conhecimento, tais como direito, medicina, religião, filosofia, antropologia, teologia, psicologia, e outras. Portanto, um dos seus aspectos mais marcantes é o diálogo multidisciplinar em um contexto pluralista em que nos encontramos como *estranhos morais* (Engelhardt, 1998).

A Psicologia da Saúde e os Desafios da Bioética

A psicologia da saúde, desde sempre voltada para as questões éticas ligadas à vida e a morte, frente aos desafios suscitados por situações concretas, complexas e desorientadoras com as quais a Bioética tem que se defrontar, passou a integrar este contexto multidisciplinar. Vê na Bioética um campo de atuação e reflexão, não só no que diz respeito à interface com as neurociências, hoje preocupadas com a cura das doenças mentais e, conseqüentemente, voltadas para a importância das pesquisas psicossociológicas, mas, também, no que diz respeito a outros campos igualmente desafiadores, como, por exemplo, as questões decorrentes da medicina intensiva, entre as quais se destaca a questão da eutanásia *versus* distanásia e as questões decorrentes da medicina substitutiva entre as quais se destaca a questão dos transplantes.

Pois bem, estas questões suscitam muito mais perguntas do que respostas e trazem em sua base outras questões controversas, ainda não resolvidas. Aliás, segundo alguns dos pensadores da Bioética, assim como o aborto foi o tema do século XX, a eutanásia será a grande questão do século XXI (Pessini, 1999).

A rigor, o conceito de eutanásia passa não só por uma transformação de ordem conceitual, mas também jurídica, transformação que acarreta fundamentalmente o problema da distinção entre o que é lícito e o que não é, entre o que é liberdade para morrer e o que é o dever de salvar vidas. Assim, em relação a este tema nos propomos apenas a colocar alguns tópicos para nossa reflexão.

³ Van Rensselaer Potter (1971), pesquisador na área de oncologia, autor da obra que passou a ser referência inicial: *Bioethics, bridge to the future*.

⁴ Paul Ramsey (1995), teólogo metodista autor de *The patients as person*, onde enfatiza as modificações das dimensões morais do relacionamento médico-paciente, introduzidas pela nova medicina.

⁵ Joseph Fletcher, teólogo episcopal, escreveu um livro intitulado *Morals and Medicine* (1954) onde fez uma análise teológica que enfatiza a liberdade e autoridade do paciente, adotando posição liberal em relação à eutanásia

Uma das questões desafiadoras se refere à definição da morte. Os debates em relação às definições da morte surgem em grande parte da dificuldade de definir o que seria o fim de uma vida. Como diz Engelhardt (1998), uma situação é estar interessado no momento em que a vida humana biológica deixa de existir e outra é estar interessado no momento em que a pessoa deixa de existir. Quando se fala da morte de um corpo humano, nossa atenção parece voltada para a vida humana biológica. Já uma definição da morte de todo o corpo a partir da morte do cérebro sugere uma definição que se concentra na vida de uma pessoa. A questão fundamental é a seguinte: qual é o tipo de vida em relação a qual a morte deve ser determinada?

Como se sabe, a ciência se encaminhou para uma definição da morte totalmente cerebral, e a razão para a centralização no cérebro é a idéia de que estar morto é ser incapaz de ser uma pessoa e que ser uma pessoa requer um grau de consciência assegurado unicamente pelo funcionamento cerebral adequado. Em sua grande maioria, todas as distinções conceituais da morte de todo o cérebro, exceto uma definição sobre a morte dos mais elevados centros cerebrais, já existiam no final do século XIX. Os problemas principais eram, portanto, de ordem operacional e não conceitual (Engelhardt, 1998). No século XX, surgiram mais informações e também uma necessidade prática do desenvolvimento de testes sobre a morte seja de todo o cérebro seja do neocórtex. Esta necessidade surgiu não só do desenvolvimento, na década de 1950, das unidades de terapia intensiva e de respiradores capazes de sustentar os organismos com morte cerebral durante horas e até dias, mas também do desenvolvimento das técnicas de transplante que forçou uma definição de morte de todo o cérebro. O primeiro passo nesse sentido foi dado pela comissão de Harvard que concluiu que os indivíduos em coma irreversível poderiam ser declarados mortos (1968). No ano seguinte (1969), a Sociedade Americana de Encefalografia estabeleceu critérios para as determinações encefalográficas da morte cerebral, os quais, não obstante, sustentavam apenas a definição de morte de todo o cérebro. É importante observar, como diz Engelhardt (1998), que a chamada definição de morte do cérebro como um todo, embora tenha sido largamente aceita e empregada, não é comprovada mas, pelo contrário, há provas de que todo o cérebro na verdade não está morto e de que alguns tecidos permanecem vivos. Na verdade, o conceito de morte cerebral é ambíguo.

Uma questão que data da década de 1980 permanece: deve-se considerar todo o cérebro ou apenas as funções nobres? Segundo Engelhardt (1998), nos encaminhamos para definição de morte dos centros cerebrais mais elevados, do mesmo modo que nos encaminhamos para definição de morte do cérebro. Este interesse pela reavaliação da definição de

morte de todo o cérebro foi em parte despertado pela preocupação com a coleta de órgãos de bebês anencefálicos.

Reconhecem-se os centros cerebrais mais elevados como condição para a vida das pessoas por serem necessários até mesmo para um mínimo de consciência. Mesmo que o tronco cerebral inferior, o cerebelo, ou algumas partes estejam funcionando, eles não garantem por si mesmos a existência de uma pessoa porque não lhe dão consciência. De qualquer modo o debate persiste, pois há os argumentos que defendem a definição de morte orientada para o cérebro como um todo, e que se baseiam no fato de que uma definição menos rigorosa favoreceria o mau uso, e há os argumentos que favorecem a definição em termos da morte das funções nobres.

Cícero Coimbra, da Universidade Federal de São Paulo, Escola de Medicina, fez uma manifestação formal (1997) quanto à validade científica e médica dos critérios clínicos utilizados para o diagnóstico da morte encefálica. Segundo ele,

os critérios clínicos utilizados para o diagnóstico de morte encefálica não são (e nem jamais o foram) fundamentados em achados científicos e sua proposição inicial bem como as reformulações que se sucederam, estão sempre vinculados a erros de raciocínio e a conceitos confusos mal explicados ou mal formulados. (p. 1)

Ou seja, a morte encefálica é presumida, não pode ser definida com clareza.

Na medida em que não há uma unanimidade em relação à definição de morte, muitos autores especulam sobre a dificuldade de ser atingido um consenso político. Para alguns, em uma sociedade pluralista a solução deste problema é encontrada no pluralismo, isto é, permitindo-se variações de definições baseadas nas preferências individuais e grupais. Entretanto, permitir variações na definição da morte suscita graves problemas. É o caso, por exemplo, das variações baseadas no uso esperado do corpo. A sociedade pode aprovar definições variadas da morte, dependendo, em parte, de se o corpo será utilizado para transplante, pesquisa, terapia, ou outros objetivos. Críticos dessas variações obviamente argumentam que uma pessoa não deve ser tratada como morta ou viva em função da utilização antecipada do corpo.

Não obstante, é justamente por reconhecer a característica moral e social da morte (o debate sobre como definir a morte é uma discussão sobre o *status* moral do homem e não uma discussão sobre como o cérebro funciona), que alguns autores (Veatch, 1994) enfatizam a necessidade de pluralismo, considerando as perspectivas filosóficas e ou religiosas. Já os que são contrários argumentam que mesmo em uma sociedade pluralista é necessário *forçar* uma definição de morte, ou seja, mesmo uma sociedade pluralista precisa

compreender que ela não pode ser pluralista quando se trata de definir a morte. Portanto, os problemas suscitados pela definição da morte são mais complexos do que poderiam parecer e, como a escolha das definições dependem, a rigor, de crenças, e posições científicas e filosóficas, a discussão, provavelmente, continuará e, fatalmente, tem implicações na questão da eutanásia /distanásia, bem como na questão dos transplantes.

Uma outra questão implícita na discussão acerca da eutanásia/distanásia, objeto de reflexão para a psicologia da saúde, é a do livre consentimento informado. Se voltarmos ao ponto inicial, já comentado, na medida em que a ética secular não pode proporcionar uma visão canônica do bem ou uma explicação essencial sobre a ação apropriada, o princípio do consentimento passa a ser fonte essencial da autoridade moral, a qual, não obstante, deve estar apoiada em princípios intocáveis a fim de evitar a possibilidade de fracassos morais graves. Em um contexto pluralista secular, o livre consentimento informado, de fato, desempenha um papel fundamental. Quando não se pode decidir o que precisa ser feito é necessário perguntar aos indivíduos livres envolvidos o que eles desejam fazer e esperar que cheguem a um acordo comum.

A morte exige decisões e, portanto, exige visão e planejamento. Essa preocupação com o planejamento, que já existia na Idade Média, pode e deve ser compreendida em termos contemporâneos, embora a era moderna tenha se distanciado totalmente das visões tradicionais da morte. Como se sabe, enquanto o cristão, na época medieval, pedia a Deus que o livrasse de uma morte repentina, na sociedade ocidental contemporânea, ao contrário, muitas pessoas esperam morrer sem advertência, sem dor, enquanto estão adormecidas. Mas também nós deveríamos temer uma morte imprevista. As próprias tecnologias que podem salvar a vida e adiar a morte demonstram a necessidade de sermos competentes e responsáveis em relação à nossa morte.

Do ponto de vista da moral secular, o direito ao livre e informado consentimento em seu sentido mais fundamental, compreende: 1) o direito de dar consentimento, de participar do tratamento sem coerção, sem ser enganado e com competência; assim como 2) o de retirar-se do tratamento. Não obstante, é preciso considerar que o indivíduo tem também o direito de não querer ser informado, ou seja, o direito de ser informado não envolve a obrigação de ser informado. A rigor, o princípio do consentimento sustenta o direito moral do indivíduo livre a uma melhor ou pior escolha acerca de seu próprio modo de vida e de morte.

De fato, se por um lado a Bioética propõe como princípios básicos a justiça, a autonomia, a beneficência e a não

maleficência, fazer o bem, não causar dano, e estes princípios se tornarem a base da ética profissional na área da saúde, por outro lado, também, nesta área, o sujeito tem autonomia; é alguém determinado pela liberdade de ação. O respeito pela pessoa, à sua liberdade e dignidade, é fundamental. Portanto, a decisão deve ser respeitada, o que não exclui a necessidade de toda informação sobre as implicações, para que a decisão seja tomada com liberdade, e assim garantida a dignidade da pessoa.

Kant diz: “O que tem preço pode muito bem ser substituído por qualquer outra coisa a título equivalente; pelo contrário, o que é superior a qualquer preço, o que, por conseguinte, não admite equivalente, é o que tem dignidade” (citado em Valvasori, p. 139). A responsabilidade do sujeito acerca dessas questões, entretanto, é freqüentemente evitada pela posição contrária de que devemos insistir ao máximo no tratamento, defendendo-se assim todos os argumentos que justificam a chamada distanásia.

O termo distanásia é um neologismo de origem grega, em que o prefixo *dis* significa ato defeituoso (Pessini, 2001). Refere-se ao prolongamento da morte, à obstinação terapêutica e à futilidade médica. Deve, portanto, merecer uma discussão profunda a fim de se evitar o simplismo ético e recair-se no reducionismo de ser a favor ou contra.

Segundo Engelhardt (1998), os argumentos para justificar a distanásia são falsos. A própria medicina vem hoje evitando tratar de casos sem esperança, em insistir no que se chama terapêutica fútil ou obstinação terapêutica, termo que se define como o comportamento médico que consiste em utilizar processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal a curar, ou inútil porque a cura é impossível e o benefício esperado menor que os inconvenientes previsíveis (Debray, citado em Pessini & Barchifontaine, 2000, p. 264). Quando a terapia médica não consegue mais a restauração da saúde, tratar para curar torna-se uma futilidade. Daí o imperativo ético de parar o que é inútil, fútil, intensificando-se os esforços para manter a qualidade de vida. Cuidar é parte do tratamento, e esquecer disto nos faz cair na absolutização da vida biológica, na obstinação terapêutica distanásia (Pessini, 1999). Gafo (1990), na busca de uma precisão conceitual, emprega o termo ortotanásia (orto=correto) para significar morte em seu tempo certo, isto é, sem abreviar e sem prolongar desproporcionalmente o processo de morrer.

Esta decisão, não obstante, é extremamente difícil. O que é terapêutica fútil? Como saber quando chegou o momento de passar das terapias curativas para as paliativas? O que é prolongar indevidamente a vida? Refere-se àquelas situações ou contingências em que o paciente foi submetido a todos os tratamentos possíveis e que permitem prever,

com certo grau de certeza, que quaisquer outros recursos se afiguram inúteis. Duelar com a doença apenas adiará, se tanto, a morte a custo de sofrimentos. Nestes casos, tanto médicos como éticistas devem conceituar bem o que são meios terapêuticos habituais, diferentes dos métodos extremos, decorrentes de exageros da tecnologia, bem como se posicionar em relação à utilização de drogas capazes de dar alívio revertendo o quadro clínico, embora sejam incapazes de mudar o prognóstico.

Apenas para considerar alguns exemplos. O que seriam métodos extremos decorrentes dos exageros da tecnologia? Manter uma pessoa viva, como um sistema orgânico, graças a algum equipamento a ela ligado, seja, talvez, o mais evidente; submeter um paciente já em fase terminal a um processo de reanimação; submeter este mesmo paciente a intervenções terapêuticas - tipo cirurgia, por exemplo, que de nada mais adiantarão a não ser prolongar a vida por um tempo muito curto.

No paradigma paternalista, a questão é resolvida de forma autoritária pelo médico, que é a figura principal, enquanto que o paciente tem um papel puramente passivo. Este paradigma evoluiu para outro que surgiu em decorrência da tensão entre a autonomia do médico e a autonomia do paciente, ou seja, do conflito entre pacientes que querem dizer não às intervenções e os profissionais que querem fazer tudo o que for possível, não obstante a resistência do paciente (Pessini, 2001). Este paradigma focaliza o direito do paciente de estar livre de intervenções indesejadas e o direito de recusar tratamento. Atualmente um novo paradigma está emergindo como decorrência de um conflito oposto: um choque entre pacientes que querem insistir no tratamento e os profissionais de saúde que dizem não às intervenções médicas que julgam fúteis.

O debate atual, portanto, leva a uma reconsideração sobre o significado e o limite do conceito de autonomia, envolvendo um conflito entre a medicina altamente tecnológica e os valores das pessoas envolvidas. Como afirma Pessini (2001), a valorização do fator humano é imperiosa e pode ser a esperança na resolução do debate sobre futilidade. Para tal, é preciso que o debate se amplie e considere uma área que ficou praticamente negligenciada - a da ética do cuidado.

O prolongamento da vida, de fato, nem sempre é o melhor para o indivíduo. As circunstâncias podem se tornar tão difíceis que justifiquem a decisão de interromper o tratamento de maneira a não prolongar a morte. Esta decisão, entretanto, não levará necessariamente a uma morte mais fácil. Assim, para a pessoa que não tem uma orientação religiosa, a eutanásia ou o suicídio poderiam parecer decisões mais sensatas.

Em resumo, fora de uma visão moral canônica, ou mesmo de um contexto moral religioso particular, em que é imoral contribuir de alguma forma para a morte de uma pessoa, a conclusão a que se chega é que as distinções entre intenção e previsão, eutanásia ativa e passiva, entre morrer e deixar morrer, assistir o suicídio ou suportar a eutanásia voluntária deixam de ter um significado moral intrínseco (Engelhardt, 1998). Sem referência a uma explicação religiosa e ou metafísica da dor e do sofrimento, torna-se difícil explicar porque a morte consensual seria errada em si mesma, já que na base de tudo está o consentimento das pessoas.

É importante insistir no fato de que quando a autoridade moral passa a ser derivada da permissão, do consentimento, tal fato tem sérias implicações, também de natureza psicológica, que devem ser analisadas. Se por um lado, o homem não pode ser considerado apenas como uma máquina biológica, pois ele é acima de tudo um ser competente e responsável - e assim deverá ser visto até o seu fim - por outro lado, não se pode deixar de considerar que ele é também um ser emocional, psicologicamente motivado, e, portanto, não se pode desconsiderar as motivações do gesto eutanásico, os aspectos psicodinâmicos, inclusive as motivações inconscientes.

Quando um paciente pede para morrer, o que ele está realmente pedindo? O pedido pode referir-se à necessidade de aliviar a dor que, não obstante, pode não ser apenas a dor física, mas a dor emocional, ou seja, o estresse de estar se confrontando com a própria morte; ou à dor social, a situação de abandono e de solidão, ou ainda a necessidade de uma pessoa extremamente controladora que quer manter esse controle em relação a sua morte; o paciente pode ainda estar preocupado em tornar-se um peso financeiro, etc.

Richman (1993, citado em Leenaars, 1995) argumenta que o suicídio dos pacientes não se baseia exclusivamente na doença. Portanto, assim, como seria descabido não considerar, no caso desses doentes, os fatores físicos, também seria descabido não considerar os aspectos emocionais. Quando se defende o livre consentimento, é preciso ainda considerar - o que muitas vezes os defensores da liberdade não consideram - que toda ação tem conseqüências e algumas destas afetam os outros. Assim, por exemplo, no caso do suicídio assistido é preciso considerar o conflito entre os desejos do paciente e as tradições éticas de uma profissão. Como o direito de morrer afeta o profissional médico? Um direito é uma expectativa legitimada pela lei e pelos padrões comumente aceitos. Mas, na verdade, há dois tipos de direitos: o de reivindicação e o de liberdade. Se o direito de morrer é um direito de reivindicação, então no caso de uma pessoa que deseja morrer e não pode fazer isto sozinha, alguém terá a obrigação de ajudá-la,

mas se é um direito de liberdade, ninguém pode impedi-la, mas, também, não é obrigado a ajudá-la.

Finalmente, na análise dessas implicações, deve-se também considerar o que os americanos chamam de *slippery-slope* (declive escorregadio). Hurley (1993, citado em Zucker, 1995) afirma que ao se aceitar alguma forma de eutanásia é bastante provável que uma cadeia de eventos com más conseqüências venham a ocorrer. Assim sendo, um primeiro tipo de expectativa (do tipo *slippery-slope*) alega que um argumento usado em uma situação cujas conseqüências sejam aceitáveis, poderá continuar a ser usado em outras situações, em um esquema de gradação, levando a conseqüências indesejáveis. Por exemplo, permitir que recém-nascidos com graves defeitos de nascimento morram leva, em um primeiro passo, à permissão de que recém-nascidos menos gravemente afetados também morram e assim sucessivamente, podendo-se chegar ao ponto em que apenas crianças sadias sobrevivam. O que torna forte este argumento é a gradação, lenta, suave, que vai desde grave, moderada, até normal.

A outra perspectiva do declive escorregadio postula que aceitar um tipo de situação predispõe psicologicamente as pessoas a aceitarem outros tipos de situações indesejáveis. Trata-se, neste caso, da transferência de um sentimento que parece apropriado em uma situação para outra em que não é adequado. Por exemplo, o sentimento de que é aceitável ajudar na morte de uma pessoa idosa debilitada e terminal pode levar ao sentimento de que é aceitável ajudar na morte de um velho debilitado e terminal que, não obstante, não solicitou esta ajuda.

Com relação à segunda questão desafiadora da Bioética, sobre a qual já comentamos, decorrente da medicina substitutiva, a questão dos transplantes, também traz em sua base essa e outras questões complexas. A rigor, poderíamos começar dizendo que se deixarmos de lado a beleza do gesto, a solidariedade envolvidos na doação de órgãos, o fato é que os transplantes de órgãos implicam na história de dois fracassos: de um lado a medicina não conseguiu salvar a vida de uma pessoa, curá-la de sua doença, de tal modo que ela necessita de alguém que lhe doe um órgão para poder sobreviver; de outro lado, alguém sadio, jovem, tem que morrer, em muitos casos, para que seu(s) órgão(s) sejam doados e outro ser humano consiga viver.

Na verdade, a questão dos transplantes foi, como se viu inicialmente, um impulsionador para o nascimento da Bioética quando, por assim dizer, suscitou a resposta pública a este outro dramático avanço médico. Em 1967, o Dr. Barnard transplantou o coração humano de uma pessoa morta (ou moribundo) para um paciente cardíaco terminal. Apesar do mundo ficar maravilhado, alguns se questionavam sobre a origem do órgão, se o doador estava verdadeiramente morto, se o coração foi retirado desrespeitando-se os

direitos da pessoa ainda viva, em fim, sobre todas as questões acima discutidas. Apesar dos transplantes de rins já serem feitos na época, foram sem dúvida os transplantes de coração que pressionaram essas questões éticas e discussões sobre a vida e a morte na classe médica e influíram decisivamente, como dissemos inicialmente, para que o comitê de Harvard, dirigido por Beecher, propusesse a definição de morte cerebral. Portanto, a questão dos transplantes faz parte desse desenvolvimento histórico da Bioética mas acarreta, ainda, uma série de questões éticas tais como a experimentação no homem, a obstinação terapêutica, a definição de pessoa e ainda outras questões como lucro versus desinteresse, os problemas envolvidos para os doadores e os receptores.

Se deixarmos de lado toda a contestação histórica sobre se é lícito violar a vida ou violar a morte, e se nos detivermos na questão do doador morto que é talvez a que acarreta maiores dificuldades éticas, uma vez admitida a coleta de órgãos em um morto, duas condições, já suficientemente discutidas acima, são necessárias: 1) a certeza da morte; 2) o consentimento.

Ambas as questões no nosso país, e em muitos outros, já estão resolvidas por disposições legislativas, o que não significa que não permaneçam ainda muitas controvérsias e contestações. Convém aqui lembrar as palavras de Bernard (1994), segundo as quais as leis devem ser objeto de estudos prévios, longos, aprofundados de consultas a pessoas competentes, de reflexões, de participação de parlamentares, pois nada mais perigoso do que uma lei atabalhoada. Acrescentaríamos, ainda, que as leis devem ser precedidas de debate com a opinião pública. De qualquer forma, o consentimento livre e esclarecido é parte fundamental, tanto no caso de doador vivo onde se coloca a questão do sacrifício do mesmo, se deve ser aceito, ou ainda, se pode-se aceitar a recusa (sem esquecer que também o receptor deve ser largamente informado das implicações do processo), como no caso do doador morto, cujo consentimento pode ser dado anteriormente, ou pela família.

Neste ponto caberia, ainda, lembrar algumas implicações de ordem psicológica no caso dos transplantes:

Assim como pode haver uma rejeição física (hoje bastante controlada), também pode haver uma *rejeição* psíquica ou pelo menos deve-se considerar a necessidade de um período de elaboração sobre o que se está passando, pois há a possibilidade de que ocorra uma dificuldade da pessoa para integrar um órgão que não é dela. Pode ocorrer, ainda, temporariamente, um sentimento de perda da integridade; ou, ainda, um sentimento de culpa em relação ao doador. Afinal você está vivo, as custas de alguém que morreu (no caso do doador morto) ou pelo menos ficou deficitário.

Este aspecto e outros reforçam a necessidade de um apoio psicológico às pessoas que vão passar por um transplante. De qualquer forma, é certo que a esperança suscitada pelo transplante prevalece sobre qualquer outra consideração. É o caso de ressaltar a reflexão de um transplantado: “Os problemas morais só existem para aqueles que não tiveram transplante de órgão” (Bernard, 1994, p. 47).

Considerações Finais

A medicina moderna, como argumenta Bernard (1994), para triunfar sobre a doença, constrói *quimeras*. “O meu coração faz circular nas minhas veias o sangue do meu irmão”, disse uma transplantada de medula óssea. Sem dúvida, a função mais importante da medula óssea é a formação dos glóbulos do sangue. O sangue que corre nas artérias e nas veias de M. (paciente) é realmente o sangue de J. (irmão). A cada batimento, o coração de M. envia aos seus vasos sanguíneos o sangue de J. Portanto, seus órgãos e seu coração coexistem, no seu corpo, com a medula e o sangue do irmão. M. tornou-se uma *quimera*.

Vamos ainda imaginar que fosse possível alguém sobreviver a uma multiplicidade de transplantes. Será que essa pessoa continuaria sendo a mesma? Quantos órgãos e tecidos podem ser substituídos e, no entanto, a pessoa continuar sendo a mesma?

Na teoria, só dois métodos poderiam permitir mudar uma pessoa: a engenharia genética, transformando o patrimônio genético do indivíduo; o transplante do cérebro. O homem é, sem dúvida, definido por seu cérebro, mas, o fato é que, há alguns anos, o tratamento de certas doenças nervosas considera o enxerto de algumas centenas de células nervosas vindas de uma pessoa sã. Segundo Bernard (1994), de algumas centenas poderemos passar a alguns milhares, de um pequeno campo para um mais amplo. A rigor, os limites dessa eventual extensão não podem ser fixados no momento.

Um filósofo consagrado evocou em um artigo os perigos da *ordem canibal*. Sem dúvida a medicina substitutiva representa uma etapa da história da medicina. Mas, para alguns autores, a terapêutica dos transplantes e substituição de órgãos e tecidos pouco a pouco tendem a diminuir com o progresso das terapêuticas etiológicas e fisiológicas. Dessa forma, a frequência e a gravidade dos problemas éticos de hoje irá se

atenuar. A *ordem canibal* é, então, uma ordem temporária (Bernard, 1994). Esperamos que sim.

Quando Deus criou o homem disse: “Crescei e Multiplicai”... Havia algum limite nisto? Acredito que não. A Bíblia traz um alerta: “Podeis comer de todas as árvores do jardim. Mas, da árvore da ciência do Bem e do Mal não comereis, porque no dia em que dela comereis haveis de morrer” (Gênesis 2:17). A consequência para a humanidade por ultrapassar este limite é conhecida por todos nós. (Barth, 2000, p. 1)

Há um limite para a ciência? Talvez não, do ponto de vista da tecnologia, mas do ponto de vista da ética, certamente que sim.

Referências

- Barth, W. L. (2000). Bioética: Até onde podemos ir? *Boletim ICAPS*, 175, 1.
- Bernard, J. (1994). *Da biologia à ética* (R. Castilho & V. A. Albino, Trad.). Campinas: Editorial Psy II. (Original publicado em 1990)
- Coimbra, C. (1997). *Morte encefálica*. (Departamento de Neurologia e Neurocirurgia, Trabalho elaborado para disciplina de Neurologia Experimental. Universidade Federal de São Paulo). Material não-publicado.
- Diniz, D. (1999). Henry Beecher e a gênese da Bioética. *O Mundo da Saúde*, 23, 332-335.
- Engelhardt Jr., H. T. (1998). *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola.
- Gafo, J. (1990). La eutanasia: El derecho a una muerte humana. *Ediciones temas de hoy* (pp. 62-63). Madrid.
- Leenaars, A. A. (1995). Suicídio. Em H. J. Wass & R. Neimeyer (Orgs.), *Dying: Facing the facts* (pp. 347-379). Washington, D. C.: Taylor & Francis.
- Pellegrino, E. D. (1999). Origem e evolução da Bioética: Uma visão pessoal. Em L. Pessini & C. P. Barchifontaine (Orgs.), *Problemas atuais de Bioética* (pp. 40-41) (5ª ed., revista e ampliada). São Paulo: Loyola.
- Pessini, L. (1999). Bioética: Horizonte de esperança para um novo tempo. *O Mundo da Saúde*, 23, 259-262.
- Pessini, L. & Barchifontaine, C. P. (2000). *Problemas atuais de Bioética* (5ª ed. revista e ampliada). São Paulo: Edições Loyola.
- Pessini, L. (2001). *Distanásia: Até quando prolongar a vida?* (coleção Bioética em perspectiva, 2). São Paulo: São Camilo Loyola.
- Potter, V. R. (1971). *Bioethics, bridge to the future*. New Jersey: Prentice Hall.
- Ramsey, P. (Org.) (1995). *Encyclopedia of bioethics*. New Jersey: Paulist. (Vol.1, 2ª ed.).
- Torres, W. da C. (1998). A morte o morrer e a ética. *Arquivos Brasileiros de Gerontologia*, 2, 23-27.
- Valvasori, A. (1997). Testemunhas de Jeová e as transfusões de sangue. *Boletim ICAPS*, 139, 7.
- Veatch, R. M. (1994). Das medidas sustentadoras da vida ao ajudar a morrer. *Boletim ICAPS*, 113, 8. (Extraído do *Hasting Center Report*, 23, 7-8)
- Zucker, A. (1995). Rights and the dying. Em H. J. Wass & R. Neimeyer (Orgs.), *Dying: Facing the facts* (pp. 385-403). Washington, DC: Taylor & Francis.

Recebido: 17/10/2002

1ª Revisão: 12/02/2003

Aceite final: 17/03/2003

Sobre a autora

Wilma Torres é Filósofa e Psicóloga, é Mestre em Psicologia pela Fundação Getúlio Vargas e Doutora em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas. É Professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro.