

Terminalidade e espiritualidade: uma reflexão a partir dos Códigos de Ética Médica brasileiros e leitura comparada de alguns países

Terminality and spirituality: a reflection from the Brazilian Codes of Medical Ethics and a comparative reading of codes from some countries

Terminalidad y espiritualidad: una reflexión acerca de los Códigos brasileños de Ética Médica y de una lectura comparativa de códigos de algunos países

*Leo Pessini**

RESUMO: O presente artigo objetiva aprofundar o debate de questões éticas relacionadas ao processo de revisão do Código de Ética Médica Brasileiro, sob o enfoque de duas vertentes: as questões éticas de final de vida e as questões éticas implicadas pela interface medicina e espiritualidade. Essa busca reflexiva tem como pontos de partida o estudo da tradição histórica da ética médica brasileira explicitada nos códigos e a leitura ética comparada dos códigos de ética quando incorporados pela medicina de alguns países, notadamente até a presente década.

PALAVRAS-CHAVE: Códigos de ética. Espiritualidade. Estado terminal.

ABSTRACT: The present article aims to deepen the debate of ethical questions related to the process of revision of the Brazilian Code of Medical Ethics, following an approach having two dimensions: ethical questions linked to end of life and ethical questions implied by the interface medicine-spirituality. This reflexive research has as starting points the study of the historical tradition of Brazilian medical ethics as made explicit in the codes and a comparative ethical reading of codes of ethics incorporated by medicine in some countries, mainly up to the present decade.

KEYWORDS: Codes of ethics. Spirituality. Critical illness.

RESUMEN: Este artículo intenta profundizar la discusión de cuestiones éticas relacionadas con el proceso de revisión del código brasileño de ética médica, según un acercamiento que tiene dos dimensiones: las cuestiones éticas ligadas al final de la vida y de cuestiones éticas implicadas por la interfaz medicina-espiritualidad. Esta investigación reflexiva tiene como puntos de partida el estudio de la tradición histórica de la ética médica brasileña tal y como explicitada en los códigos y una lectura ética comparativa de códigos de ética incorporados por la medicina en algunos países, principalmente hasta la actual década.

PALABRAS LLAVE: Códigos de ética. Espiritualidad. Enfermedad crítica.

Introdução

No intuito de colaborar com a discussão e aprofundamento das questões éticas no processo de revisão do Código de Ética Médica brasileiro (1988), procuramos aprofundar dois temas fundamentais: questões éticas de final de vida e a interface entre medicina e espiritualidade. Nossa busca reflexiva se faz a partir de um estudo da tradição histórica da ética médica

brasileira codificada e também a partir de uma leitura ética comparada de como a medicina em alguns países já incorporou, como diretriz ética, no conteúdo de seus diversos códigos de ética, essas questões que nos propomos a estudar.

O Conselho Federal de Medicina (CFM)¹, órgão máximo no País, que regula o exercício profissional dos 330 mil médicos que atuam no Brasil, iniciou, no final de 2007, um processo de revisão

do código de ética médica vigente, que data de 1988. Passados vinte anos, muita coisa mudou na área dos cuidados da saúde, seja em termos de consciência cidadã ou um comportamento ético da população e dos profissionais. Passamos por uma verdadeira revolução tecnológica, que começou a interferir profundamente na vida humana, desde antes do nascimento, até depois da morte. Estamos entrando na era genômica, da telemedicina,

* Doutor em Teologia Moral – Bioética. Pós-graduado em Clinical Pastoral Education and Bioethics pelo St. Luke's Medical Center. Professor no Programa de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo. Membro da Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM). E-mail: pessini@saocamilo-sp.br

e da nanotecnologia, somente para lembrar alguns dos novos âmbitos. Esses são alguns dos fatores que criam um cenário novo em cuidados da saúde e que exigem de todos nós reflexão, nova consciência, postura e diretrizes éticas.

A Medicina brasileira, em um espaço de quase um século e meio, mais precisamente 141 anos (1867-2008), utilizou-se de oito diferentes códigos de ética, cuja relação sucintamente apresentamos a seguir: 1) o primeiro Código de Ética Médica utilizado no País é uma tradução do Código de Ética Médica da Associação Médica Americana de 1867; 2) Código de Moral Médica de 1929; 3) Código de Deontologia Médica de 1931; 4) Código de Deontologia Médica de 1945; 5) Código de Ética da Associação Médica Brasileira de 1953; 6) Código de Ética Médica de 1965; 7) Código Brasileiro de Deontologia Médica de 1984; e 8) último, em vigor até o presente momento: Código de Ética Médica de 1988².

Por uma questão de justiça e reconhecimento, registramos que este estudo, em grande parte, fundamenta-se a partir da obra: A Ética Médica diante do Paciente Terminal: Leitura Ético-Teológica da Relação Médico-Paciente Terminal nos Códigos Brasileiros de Ética Médica, de autoria de Leonard Martin, um querido amigo da causa bioética, irlandês de nascimento, brasileiro de coração e que tão precocemente se despediu desta vida^{2,3,4}.

Questões de final de vida nos Códigos brasileiros de ética médica

Iniciemos pelo Código de Deontologia Médica de 1945. A palavra morte não existe neste código. Há uma referência discreta aos “atestados de óbito” (Artigo 35.1,f/1945).

No artigo 56/1945, existe uma referência velada ao paciente terminal: o médico é obrigado a notificar, em certos casos, a quem deve saber “a possibilidade de complicações ou de desfecho fatal”. Note-se que a decisão sobre quem deve saber aqui é do médico e não é do doente, sujeito a este “desfecho fatal” que ele necessariamente vai falar. Tudo depende do juízo do médico (p. 74)².

A relação médico-paciente é marcada pelo paternalismo benigno. Ainda neste código, diz que é vedado ao médico: “Abandonar os casos crônicos ou incuráveis, sem que haja comprovado motivo de força maior” (Artigo 4.1.1945). Esta norma já é uma reformulação em relação às propostas do Código de 1929: “O médico não deverá abandonar nunca os casos crônicos ou incuráveis e nos difíceis e prolongados será conveniente e ainda que necessário provocar conferencias com outros colegas” (Artigo 8º/1929). E do Código de 1931: “Não deve o médico abandonar nunca os casos crônicos ou incuráveis; e, nos difíceis e prolongados, será conveniente e, quiça, necessário provocar conferencias com outros colegas” (Artigo 8º/1931). Mantivemos a ortografia na forma original da época².

Outra importante provisão do Código de 1945 é em relação ao gerenciamento da dor e do sofrimento. O Código afirma que é dever do médico “Lançar mão dos recursos ao seu alcance para aliviar os que sofrem” (Artigo 3.5/1945). O Código não fornece nenhuma pista positiva sobre como proceder. Oferece uma pista negativa, ao indicar um caminho por onde não se deve andar, a opção pela eutanásia. A proibição é taxativa “É vedado ao médico aconselhar ou praticar a eutanásia” (Artigo 4.5/1945). O Código de 1931 reprova a eutanásia, mas aponta a necessidade de aliviar

a dor sem levar isso “ao extremo de dar a morte por piedade” (Artigo 16/1931). O código de 1929 não faz nenhuma referência à eutanásia. A única vez que o termo eutanásia surge nos códigos oficiais de ética médica brasileira é no Código de 1945 (Artigo 4.5/1945)².

Outro direito do paciente terminal protegido pelo Código de 1953 é o direito a não ser abandonado pelo médico. O artigo 32.a /1953 reforça o artigo 4º.1/1945: diz que o médico não pode “abandonar o cliente, mesmo em casos crônicos ou incuráveis, salvo por impedimento irremovível, o que deveria ser comunicado ao cliente ou ao seu responsável, com a necessária antecedência”. Esta provisão do Código é importante, pois é um reconhecimento implícito que o papel do médico vai além da função de curar. Faz parte do agir do médico acompanhar e cuidar do doente, mesmo quando estamos frente a uma situação de impossibilidade de cura².

O Código de 1953 traz uma novidade em relação aos códigos anteriores no que toca ao valor da vida humana. Aponta que é dever do médico “*guardar absoluto respeito pela vida humana*, jamais usando seus conhecimentos técnicos ou científicos para o sofrimento ou extermínio do homem” (grifo nosso). O Código de 1965 reafirma que este dever do médico praticamente com as mesmas palavras. O Código de 1953 fala da necessidade de alívio e cuidado da dor do paciente, bem como do direito de não ser morto. “O médico tem o dever de tudo fazer para aliviar o sofrimento do seu doente; jamais chegará, porém, ao excesso de contribuir, pela ação ou pelo conselho, para antecipar a morte de seu paciente” (Artigo 56/1953). O bem do paciente exige que sua dor seja aliviada e que sua vida não seja abreviada, por ação médica².

O artigo 56/1953 representa um dilema sem solução para o médico que quer sedar o paciente com a finalidade de aliviar a dor, mas com a consciência de que este procedimento terá, quase certamente, o efeito colateral de abreviar a vida do paciente. Por um lado, o texto é enfático ao dizer que o médico “tem o dever de tudo fazer” para que o sofrimento do seu paciente seja aliviado, mas, por outro lado, qualquer ação ou conselho que antecipe a morte é rejeitado. O Código parece sugerir uma hierarquia de valores pela qual o valor do “alívio do sofrimento” tem precedência sobre o valor do “absoluto respeito pela vida”.

O Código de Ética Médica de 1965 altera esta hierarquia ao dizer no Artigo 57/1965: “O médico não pode contribuir nem, direta ou indiretamente, para apressar a morte do doente”. Ao priorizar o absoluto respeito pela vida, o texto deixa em segundo plano o alívio à dor, e, além disso, proíbe não apenas toda ação direta, mas também ações indiretas que apressem a morte².

No Código de Deontologia de 1984, como nos códigos anteriores, a tensão continua entre o esforço de não causar sofrimento desnecessário ao paciente terminal e uma injunção que parece obrigar o médico a usar todos os recursos ao seu dispor para evitar seu extermínio (Artigo 1º./1984). O alívio da dor e do sofrimento e o não apressar a morte do paciente continuam lado a lado sem uma indicação de como resolver o conflito ético entre as exigências de ambos. O artigo 29/1984 proíbe o médico de “contribuir para apressar a morte do paciente ou usar meios artificiais, quando comprovada a morte cerebral”. Introduce-se um novo conceito de “morte cerebral”, fruto da evolução técnico-científica da medicina e num momento em que se discute muito sobre a definição de

morte e as implicações desta definição para a ética. Mas não esclarece e muito menos define seu sentido. É importante registrar, no entanto, que o conceito de morte cerebral aparece pela primeira vez no código de 1984 embora a questão já estivesse sendo discutida no âmbito médico desde seu surgimento, em 1968, com o comitê de Harvard (EUA).

O Código de Ética Médica de 1988 reforça o direito do paciente de não ter seu tratamento complicado. O artigo 60/1988, com a proibição de “complicar a terapêutica”, retoma o artigo 23/1984. Outra preocupação deste código é a regulamentação de pesquisas médicas em pacientes terminais. O Artigo 130/1988 proíbe o médico de “Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em pacientes com afecção incurável ou termina sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais”.

Numa rápida visão do Código de Ética Médica de 1988 em relação às questões éticas de final de vida, passados 20 anos desde sua aprovação, percebemos de imediato que vivíamos em um contexto sócio-histórico-cultural de negação da finitude humana. Não se fale em final de vida e em como orientar o profissional médico a lidar eticamente frente à morte. No máximo, orienta-se o médico em como agir frente “iminente perigo de vida” (art.46, 56). O artigo 60 diz que é vedado ao médico “exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica”. O artigo 61, parágrafo 2º diz que “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”. O artigo 66 proíbe o médico de “utilizar, em

qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que apedido deste ou de seu responsável legal”. Embora não seja utilizada a palavra eutanásia, esta é a questão em pauta e que se posiciona contra^{5,6}.

Após termos visto de uma forma bastante objetiva como a ética médica brasileira codificada trabalhou as questões de final de vida, ao longo da história dos inúmeros códigos elaborados ao longo do tempo, passamos em revista alguns países em que a ética e/ou deontologia médica codificada prevê como diretrizes éticas para as questões de final de vida. Após passarmos em revista rápida Canadá e EUA, nos detemos em Portugal, Espanha, Itália, Equador e Europa Unida⁷.

Questões de final de vida no Código de Ética Médica de alguns países e na Associação Médica Mundial: uma leitura comparada

Iniciemos com uma rápida notícia no Canadá e nos Estados Unidos.

Canadá e Estados Unidos. No Canadá, o Código de Ética Médica foi atualizado em 2004. São elencadas 10 responsabilidades fundamentais do médico. A terceira: “Prover cuidados apropriados ao seu paciente, mesmo quando a cura não é mais possível, incluindo o conforto físico e espiritual, bem como suporte psicossocial”. O código canadense, a partir deste princípio maior (“responsabilidade”), apresenta uma série de orientações ao médico em relação a questões de final de vida.

Os EUA merecem um estudo a parte pela complexidade da questão em um contexto cultural altamente tecnologicado. Por hora somente fazemos uma referência em termos globais. Nas culturas anglo-saxô-

nicas, as questões de final de vida são discutidas de uma forma muito mais direta e objetiva. Tem-se muitas declarações e orientações éticas aos médicos em relação a cuidados de final de vida, sobre prover tratamento médico de sustentação de vida; sobre diretrizes avançadas de vida; sobre como evitar a prática da "Medical futility" (distanásia), orientações em torno da parada cardíaca entre outras questões⁸.

Em Portugal temos o Código Deontológico, aprovado pela Ordem dos médicos portugueses em 26 de setembro de 2008. Neste código, o Capítulo III na sua integralidade é dedicado às questões sobre "O fim da vida". Transcrevemos a seguir na íntegra: Capítulo III – O fim da vida. Artigo 57 (Princípio geral): "1. O médico deve respeitar a dignidade do doente no momento do fim da vida. 2. Ao médico é vedado a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia."⁹

Artigo 58 (Cuidados paliativos): "1. Nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve passar a dirigir a sua acção para o bem-estar dos doentes, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem por si próprios induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício. 2. Os cuidados paliativos, com o objetivo de minimizar o sofrimento e melhorar tanto quanto possível a qualidade de vida dos doentes, constituem o padrão do tratamento nestas situações e a forma mais condizentes com a dignidade do ser humano."

Artigo 59 (Morte): "1. O uso de meios de suporte artificial de funções vitais deve ser interrompido após o diagnóstico de morte do tronco cerebral, com exceção das situações em que

se procederá à colheita de órgãos para transplante. 2. Este diagnóstico e correspondente declaração devem ser verificados, processados e assumidos de acordo com os critérios definidos pela Ordem. 3. O uso de meios extraordinários de manutenção de vida deve ser interrompido nos casos irreversíveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente. 4. O uso de meios extraordinários de manutenção da vida não deve ser iniciado ou continuado contra a vontade do doente. 5. Não se consideram meios extraordinários de manutenção da vida, mesmo que administrados por via artificial, a hidratação e alimentação: nem a administração por meios simples de pequenos débitos de oxigênio suplementar."

Ressalte-se que o código deontológico português anterior a este último era de 1985, portanto apenas três anos mais velho que o brasileiro e já incorpora no seu bojo orientações éticas para os médicos em relação às questões de final de vida.

Na Espanha temos o "Código de Ética e Deontologia Médica", de 1999 e revisto em 28 de fevereiro de 2003. O Capítulo VII é inteiramente dedicado à "morte". Vejamos o seu conteúdo. Capítulo VII- Da morte.

Artigo 27: "1. É dever do médico, tentar a cura ou melhora do paciente sempre que seja possível. Quando isto não é possível, permanece a obrigação de aplicar as medidas adequadas para conseguir o bem estar do enfermo, mesmo quando disto possa ter como consequência, apesar do seu uso correto, abreviação da vida. Em tal caso o médico deve informar a pessoa

mais próxima do paciente, e se o julgar apropriado, ao próprio doente. 2. O médico não deverá iniciar ou continuar ações diagnósticas ou terapêuticas sem esperança, inúteis ou obstinadas. Há que se levar em conta a vontade explícita do paciente que recusa o tratamento para prolongar sua vida e de morrer com dignidade. Quando seu estado não permite tomar decisões, o médico levará em consideração valorizando as indicações anteriores deixadas pelo paciente, bem como a opinião das pessoas responsáveis. 3. O médico nunca provocará intencionalmente a morte de nenhum paciente, nem mesmo no caso de petição expressa da parte deste."

Na Itália, temos o "Código de Deontologia Médica", aprovado em 10 de dezembro de 2006. O artigo 16 trata da questão da "obstinação diagnóstica-terapêutica".

Artigo 16: "Obstinação diagnóstica-terapêutica: O médico, levando em consideração a vontade do paciente quando expressa, deve abster-se da obstinação no tratamento diagnóstico e terapêutico, nas situações em que não se pode fundamentalmente beneficiar a saúde do doente e/ou melhora da qualidade de vida."

Artigo 17: "Eutanásia: O médico, mesmo frente a solicitação do doente, não deve efetuar nem favorecer tratamentos com o objetivo de provocar a morte."

Capítulo V: Assistência aos doentes incuráveis. "Art. 39: Assistência ao doente com prognóstico infausto. Em caso de doenças ou prognósticos seguramente infaustos ou surgidos na fase final, o médico deve através de atos e comportamentos idôneos, poupar o doente de sofrimentos psicofísicos, proporcionar tratamentos

apropriados quando seja possível, que salvaguardem a qualidade de vida e a dignidade da pessoa. Em caso de comprometimento do estado de consciência, o médico deve prosseguir na terapia de sustento vital, até quando se julgue razoavelmente útil, evitando toda forma de obstinação".¹⁰

No Equador, o Código de Ética Médica vigente foi aprovado em 23 de julho de 1992. O capítulo XII é inteiramente dedicado à questão da eutanásia.

Artigo 90: "O médico não está autorizado a abreviar a vida do doente. Sua missão fundamental frente a uma enfermidade incurável é aliviar mediante os recursos terapêuticos do caso. Art. 91 - Definida a morte cerebral, de acordo com as normas internacionais vigentes, não se justificam ações excepcionais para prolongar as manifestações vitais das estruturas biológicas residuais. Art. 92 - Naqueles casos em que os indicadores clínicos e instrumentais revelam situações insalváveis, ou incompatíveis com a dignidade da pessoa humana, fica a critério do médico e dos familiares suspender os procedimentos extraordinários. Em caso de controvérsia, recorra-se ao julgamento de uma Junta Médica, constituída por três especialistas afins ao caso."¹⁰

Na Europa Unida, foi elaborado o documento "Princípios de Ética Médica Européia", aprovado em 25 de junho de 2002. O artigo 12 é sobre a ajuda ao doente em fase terminal.

Artigo 12: "A medicina implica em toda circunstância no respeito constante à vida, pela autonomia moral e pela liberdade de escolha do paciente. No caso de enfermidade incurável e terminal, o médico pode limitar-se a aliviar os sofrimentos físicos

e morais do paciente, administrando-lhe os tratamentos apropriados e mantendo, enquanto que possível, a qualidade de uma vida que está no seu final. É cuidar do paciente em fase final até o final e agir de forma que lhe permita conservar sua dignidade."¹⁰

2.7. A Associação Médica Mundial na sua famosa Declaração sobre os direitos do paciente (revista na 171st. seção do Conselho, em Santiago - Chile, em outubro de 2005), elenca onze direitos, sendo que o décimo intitulado "Direito à dignidade". Diz: "b. O paciente tem direito a ter seu sofrimento aliviado de acordo com o presente estágio de conhecimento; c. O paciente tem direito a cuidados terminais humanos e receber toda assistência disponível para tornar o morrer tão digno e confortável quanto seja possível".

Percebemos claramente, a partir destas amostras de códigos de ética dos países mencionados, que as questões éticas de final de vida são amplamente abordadas. Certamente no novo código de ética médica brasileiro teremos novidades em relação a essa temática. O silêncio do código de 1988 em relação a algumas dessas novas questões éticas de final de vida (morte encefálica, cuidados paliativos, evitar a "obstinação" terapêutica, entre outras) será substituído por uma "palavra" de orientação ética em relação a estas delicadas questões na fronteira final da vida humana.

Medicina e espiritualidade

Há um cansaço na cultura contemporânea em relação a uma medicina que reduz o ser humano meramente à sua dimensão biológica orgânica. O ser humano é muito mais do que sua materialidade biológica. Poderíamos dizer que este cansaço, provocou uma

crise da medicina técnico-científica e que favoreceu o nascimento de um novo modelo, do paradigma bio-psicossocial^{11,12}. É a partir desta virada antropológica que podemos introduzir a dimensão espiritual do ser humano como um componente importante de ser trabalhado na área de cuidados no âmbito da saúde. Já existem inúmeras publicações em nosso meio sobre essa questão que não podem deixar de passar despercebidas^{13,14,15}.

Medicina e espiritualidade nos códigos de ética médica brasileiros

O primeiro código de ética médica adotado no Brasil foi o Código de Ética Médica da Associação Médica Americana, de 1867. Nesse mesmo ano, temos uma tradução para o português deste Código que foi divulgada no Brasil pela Gazeta Médica da Bahia².

O autor da breve introdução, não assinada, faz questão de realçar os fundamentos religiosos da moral proposta no código de 1867. Mantemos nas transcrições selecionadas a grafia da língua portuguesa como era na época.

"Os preceitos que a Associação Americana faz obrigatórios para os seus membros, são-no também moralmente para todos os médicos que prezam a dignidade própria, respeitando a dos outros, e que consideram a nossa profissão um apostolado, um sacerdocio, e não uma ocupação lucrativa; são baseados no direito consuetudinário, por assim dizer, e reconhecidos pela classe médica dos países civilizados, e nos são princípios de moral universal, de justiça, de lealdade e amor do próximo, que são os mesmos para todos os povos cultos, iluminados pelo christianismo".

Logo no artigo 1º. - deveres dos médicos para com os seus doentes, § 4º.

“Para ser ministro de esperança e conforto para seus doentes, é preciso que o medico, alentando o espírito que desfallece, suavise o leito da morte, reanime a vida que expira, e reaja contra a influencia deprimente d’estas moléstias que muitas vezes perturbam a tranquilidade dos mais resignados em seus últimos momentos. A vida do doente pode ser abreviada não só pelos actos, como também pelas palavras ou maneiras do medico. É, portanto, um dever sagrado proceder com toda a reserva a este respeito, e evitar tudo que possa desanimar o doente ou deprimir-lhe o espírito.

§5º - O medico não deve abandonar o doente por julgar ocaso incurável. Sua assistencia pode continuar a ser muito útil ao enfermo, e consolar os parentes, ainda no ultimo período de uma moléstia fatal, alliviando-o da dor e de outros symptomas, e calmando-lhe a afflicção do espírito.”

A profissão médica é descrita com termos religiosos tais como “apostolado” e “sacerdócio”. Além disso, assinala que “o cristianismo” é a inspiração fundamental dos valores do código. Na relação médico-paciente, o perfil do profissional médico é desenhado em linguagem religiosa: “ministro de esperança e conforto”; “alentando o espírito que desfallece”; “É, um dever sagrado proceder com toda a reserva a este respeito, e evitar tudo o que possa desanimar o doente ou deprimir-lhe o espírito”.

No Código de 1929, o respeito exigido pela religião é absoluto: “O médico deverá respeitar as crenças religiosas de seus clientes, não se opondo em caso algum nem por qualquer motivo ao cumprimento dos preceitos religiosos” (Artigo 7º/1929).

O Código de 1931 já propõe uma modificação desta postura:

“O médico deve respeitar as crenças religiosas dos seus clientes, não se opondo ao cumprimento dos preceitos daí decorrentes, salvo nos casos em que a pratica deles determinar alteração sensível nos cuidados terapêuticos, ou puder acarretar perigo iminente à vida do doente; outrossim, não deve sugerir ao incrêdo ou de crença diversa, o exercício de preceitos de sua religião” (Artigo 7º/1931).

O Código de 1945 vai colocar as convicções religiosas, no mesmo nível das convicções políticas.

“É dever do medico respeitar as convicções políticas e as crenças religiosas do cliente, não se opondo à prática que delas decorra, salvo no caso em que essa prática possa trazer perturbações aos cuidados terapêuticos, ou acarretar perigo iminente à vida do enfermo. Abster-se, outrossim, de sugerir ao doente a adoção do seu próprio credo religioso ou político” (Artigo 3.1, e/1945).

O Código de 1953, logo no artigo 1º, que versa sobre normas fundamentais, afirma que o compromisso da medicina como profissão é com a saúde da pessoa, no seu contexto social, e que este ideal maior não pode estar subordinado a qualquer outro valor. “A medicina é uma profissão que tem por fim cuidar da saúde do homem, sem preocupações de ordem religiosa, racial, política ou social, e colaborar para a prevenção da doença”. Uma das fontes inspiradoras deste artigo é a Declaração de Genebra, que se inicia com o juramento solene do médico de “consagrar minha vida a serviço da Humanidade” e que, logo adiante, faz a promessa: “Não permitirei que concepções religiosas, nacionais, raciais, partidárias ou sociais intervenham entre meu dever e meus pacientes”.

Este código está preocupado em não discriminar ninguém “a partir das preocupações religiosas”. Percebemos que os códigos mais antigos mencionam claramente o comportamento do médico frente às crenças religiosas. Não são hostis à religião e existe um reconhecimento de valor e que merece respeito. Nos códigos mais recentes, por exemplo, o de 1984 e 1988, observa-se um silêncio em relação à temática, em grande parte devido ao violento processo de secularização pelo qual passou e vai passando nossa cultura ibero-americana a partir dos anos 70 do século XX.

Devemos observar com Leonard Martin que “Os Códigos de ética na área de medicina no Brasil se desenvolvem numa matriz secular e filosófica, independente de qualquer formulação explícita de valores religiosos. Refletindo a situação pluralista em que se pratica a medicina no mundo contemporâneo, procuraram-se princípios que teriam ampla aceitação com bases humanísticas e filosóficas” (p. 35)². É claro que o Código de Ética Médica da Associação Americana de 1867, que foi adotado em terras brasileiras, apresenta-se como uma exceção frente à tradição de ética médica codificada brasileira, pois, como vimos, explicitamente assume uma linguagem religiosa. É importante também lembrar que estamos ainda em pleno século XIX. O espírito deste humanismo cristão que esse código deixa transparecer não pode se perder em meio à revolução tecnocientífica em curso no mundo da saúde.

Uma leitura comparada de alguns documentos éticos e bioéticos importantes na contemporaneidade

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 19/10/2005), logo na sua introdução, apresenta como

fundamento uma visão antropológica integral, holística, contemplando a “dimensão espiritual” do humano: “Tendo igualmente presente que a identidade de um indivíduo inclui dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais”.

A Associação Médica Mundial (AMA), na Declaração sobre os Direitos do Paciente (Revista na 171st seção do Conselho, Santiago, Outubro de 2008), elenca onze direitos, sendo que o décimo primeiro é o “Direito à assistência religiosa”. Na íntegra: “O paciente tem o Direito de receber ou recusar conforto espiritual ou moral, incluindo a ajuda de um ministro de sua religião de escolha”.

No Canadá, o Código de Ética Médica (atualizado em 2004) ao apresentar as dez “responsabilidades fundamentais” dos médicos, no que toca ao assunto em tela diz que é uma responsabilidade fundamental do médico: “3. Prover cuidados apropriados ao seu paciente, mesmo quando a cura não é mais possível, incluindo o conforto físico e espiritual, bem como suporte psicossocial”.

Em Portugal, o Código Deontológico (aprovado em 26 de setembro de 2008), assim se expressa a respeito desta questão da religião / espiritualidade:

Lemos no artigo 51:

(Respeito pelas crenças e interesses do doente): 1. O médico deve respeitar as opções religiosas, filosóficas ou ideológicas e os interesses legítimos do doente. 2. Todo o doente tem o direito a receber ou a recusar conforto moral e espiritual, nomeadamente o auxílio de um membro qualificado da sua própria religião. 3. Se o doente ou, na incapacidade deste, os seus familiares ou representantes legais quiserem chamar um ministro ou outro membro de

qualquer culto, um notário ou outra entidade legalmente competente, o médico tem o dever de o possibilitar no momento que considere mais oportuno”.

Como podemos perceber, pela amostra apresentada destes documentos, a dimensão dos cuidados espirituais é parte integrante dos cuidados a que o paciente tem direito. É interessante assinalar que as instituições supracitadas que hoje defendem este “direito de assistência religiosa” não são instâncias religiosas, não são Igrejas, mas organizações seculares (ONU, Unesco, Associações de médicos, entre outros), o que valoriza ainda mais a questão da importância do fator espiritual no processo saúde / doença no ser humano.

Considerações finais

Do exposto, percebemos que os códigos desses países revistos mais recentemente todos contemplam em seu bojo as questões éticas de final de vida. Enquanto dizem “não” em relação à eutanásia, também propõem claramente, não prática da distanásia, ou seja, o prolongamento indevido do processo do morrer, provocando grande sofrimento no paciente. Protege-se a vida e dignidade humana evitando-se a eutanásia. Os códigos mais antigos, bem como o vigente no Brasil (1988) praticamente não dizem nada em relação à prática da distanásia, que também consideramos como um atentado à dignidade humana. No artigo 60/1988, temos um leve aceno à problemática quando é dito que “é vedado ao médico complicar a terapêutica”. No processo de revisão do atual código de Ética Médica Brasileiro, certamente esta questão deverá ser abordada, bem como a filosofia de cuidados paliativos, conceito de morte cerebral, assistência espiri-

tual, entre outras questões. Como vemos a partir da análise dos códigos dos países analisados, essas questões já estão incorporadas no conteúdo dos códigos.

Nos códigos anteriores ao de 1988, percebe-se uma tendência crescente de focalizar a questão da dor e do sofrimento humano como um problema eminentemente técnico e a morte como um fenômeno predominantemente biológico, em nome do “absoluto respeito pela vida humana” preconizado pelos códigos, enquanto que, se um lado se protege a vida contra a prática da eutanásia, por outro lado, no contexto de instituições de saúde de tecnologia avançada, cresceu assustadoramente a tendência de imposição de tratamentos agressivos desproporcionais aos resultados que se podia esperar, em casos em que se está simplesmente adiando o inevitável, isto é, a morte certa causada pela doença incurável. Aqui a distanásia ou obstinação terapêutica passa a ser um problema ético crucial. Pergunta-se até que ponto prolongar o processo do morrer?, beneficia a quem?^{16,17,18}. O código de 1988 não oferece uma resposta clara a essa questão crucial, mas aponta pistas baseadas no respeito pela dignidade da pessoa humana. O critério para decidir se deve usar, em um determinado caso, todos os meios de diagnóstico e tratamento disponíveis é se seu uso estaria ou não “em favor do paciente” (Artigo 57/1988).

É necessário cultivar a sabedoria de integrar a morte na vida. A morte não é uma doença e não deve ser tratada como tal. Não somos doentes nem vítimas da morte! Podemos ser curados de uma doença classificada como mortal, mas não da dimensão de nossa mortalidade. A nossa condição de existir como seres finitos não é uma patologia! Quando esquecemos isso, acabamos caindo na tecnolatria e na

absolutização da vida biológica pura e simplesmente. Neste contexto os instrumentos que deveriam ser de cura e cuidado se transformam tragicamente em ferramentas de tortura.

Permanece como um grande desafio o cultivo da sabedoria de abraçar e integrar a dimensão da finitude e da mortalidade na vida, bem como implementar cuidados holísticos (físico, social, psíquico

e espiritual) no adeus final. É necessário cultivar uma profunda indignação ética em relação a tudo que diminui a vida num contexto social excludente (*mistanásia*), e se comprometer solidariamente. Entre dois limites opostos: de um lado a convicção profunda de não abreviar intencionalmente a vida (*eutanásia*), de outro a visão de não implementar um tratamento fútil e inútil, prolongando o sofrimento

e adiando a morte inevitável (*distanásia*). Entre o não abreviar e o não prolongar está o cuidar com arte, humanidade e ternura dos ser que está para partir (*ortotanásia*). Como fomos cuidados para nascer precisamos também ser cuidados no despedir-se da vida. Cuidar é um desafio que une competência técnico-científica e ternura humana, sem esquecer que “a chave para se morrer bem está no bem viver!”¹⁹.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica. Resolução CFM nº 1246/88. Diário Oficial da União 26 Jan 1988. seção 1, p. 1574-7.
2. Martin L. A Ética médica diante do paciente terminal: leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica. Aparecida: Santuário; 1993.
3. Martin L. Saúde e bioética: a arte de acolher e conquistar o bem-estar. O Mundo Saúde. 1996;20(10):368-73.
4. Martin L. Eutanásia – mistanásia – distanásia – ortotanásia. In: Cinà G, Locci E, Rocchetta C, Sandrin L, editores. Dicionário interdisciplinar da pastoral da saúde. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 1999.
5. França GV. Medicina legal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.
6. França GV. Comentários ao código de ética médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994.
7. Spicer CM. Nature and role of codes and other ethics directives. In: Post SG, editor. Encyclopedia of Bioethics. 3rd ed. New York: Thomson; 2004. v. 5, p. 2621-9.
8. American College of Physicians. Ethics Manual. 5th ed. Philadelphia: ACP; 2005.
9. Ordem dos médicos. [citado 1 Jan 2009]. Disponível em: <http://www.ordemdosmedicos.pt>
10. Pessini L. Revisão do código de ética médica. [citado 1 Jan 2009]. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/modificacaoem/include/artigos/mostraartigos.asp?id=984>
11. Siqueira JE. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. Bioética. 2000;8(1):55-64.
12. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. New York: Oxford University Press; 1991.
13. Leloup J-Y, Boff L, Weil P et al. O espírito na saúde. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
14. Pessini L, Barchifontaine CP. Em busca de sentido e plenitude de vida: Bioética, saúde e espiritualidade. São Paulo: Paulinas; 2008.
15. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2004.
16. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2001.
17. Pessini L. Eutanásia: por que abreviar a vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2004.
18. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 8ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2006.
19. Pessini L. Morrer com dignidade: até quando manter a vida artificialmente? 4ª ed. Aparecida (SP): Santuário; 1994.

*Recebido em 8 de janeiro de 2009
Aprovado em 29 de janeiro de 2009*