

**Distanásia: vale a pena?**

**Sabine Troppmair**

Psicóloga aprimoranda em Psicologia Clínica Hospitalar em Cardiologia

E-mail: [sabinet@bol.com.br](mailto:sabinet@bol.com.br)

**Cintia Emi Watanabe**

Especialista em Psicologia Clínica Hospitalar em Cardiologia

E-mail: [psicintia@incor.usp.br](mailto:psicintia@incor.usp.br)

**Profa Dra Bellkiss Wilma Romano**

Professora Livre-Docente em Psicologia Clínica

E-mail: [psibellkiss@incor.usp.br](mailto:psibellkiss@incor.usp.br)

**Data da realização do trabalho:** 01/março/2007

**Filiação institucional e local de origem do onde o trabalho foi realizado:**

Serviço de Psicologia

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas FMUSP

## **RESUMO**

O desenvolvimento da tecnologia na área de saúde trouxe novas e importantes discussões relacionadas a forma de lidar com o paciente e com os processos de adoecer e morrer. A Bioética surgiu com o intuito de repensar estas questões, sendo atualmente a distanásia uma das mais importantes. Apesar de pouco discutida em nosso país, a distanásia começa a ocupar seu espaço. Pensar na possibilidade de interromper um tratamento médico, por não estar trazendo benefícios ao paciente, levanta diversas outras questões, já que pode até prolongar o sofrimento deste indivíduo. Objetiva-se então através deste trabalho refletir sobre a discussão da distanásia e suas possíveis consequências no Brasil, assim como um breve levantamento sobre os cuidados paliativos, que visam modificar este processo, oferecendo um outro tipo de cuidado ao paciente.

**Palavras-chave:** bioética, distanásia, cuidados paliativos, psicologia, assistência paliativa

## **ABSTRACT**

The technological advances in the Health Area brought new and important discussions on how we deal with patients and with the processes of sickness and dying. The Bioethics comes with the purpose of reconsidering those questions. Nowadays the medical futility is one of the most important questions. Despite the lack of discussion on our country, the medical futility already has its space. Thinking on the possibility of stopping a medical treatment because it's not bringing any benefits to the patient, raises

a lot of different questions. It brings to the team its own finitude and limitation. The object of this work is to think over medical futility and it's possible consequences in Brazil, as well as a short survey about palliative care, that comes to modify this process, offering a different kind of treatment.

**Keywords:** bioethics, medical futility, palliative care, terminally ill, psychology, hospice care.

## **Introdução**

O conceito de morte vem se transformando ao longo dos séculos influenciado por diversos fatores como a cultura de uma sociedade, a religião e os valores éticos e morais de seus indivíduos. Antes, o morrer era recluso ao lar, encarado com naturalidade pelo doente e por sua família. Todos, inclusive as crianças costumavam participar dos rituais de despedir-se do sujeito, de seu velório e enterro. (Horta, 1999)

Através do tempo institucionalizou-se o morrer, tornando a morte algo distante. O hospital se transformou em uma instituição voltada para o processo de cura e o paciente próximo da morte tornou-se uma ameaça à função médica (Horta, 1999). Assim, a morte deixou de ser considerada como o desfecho natural da vida para tornar-se algo incômodo que precisa ser escondido (Pessini, 2004).

Os avanços tecnológicos e científicos tiveram sua importância na visão atual do que significa morrer. “Esta tecnologia permitiu um controle sem igual das funções fisiológicas do paciente, podendo prolongar sua vida nos momentos finais” (Moreira e Biehl, 2004, p.26).

Mota (1999) diz que até os anos 70 a tecnologia médica era mais limitada e de menor impacto, porém um desenvolvimento surpreendente nas últimas décadas mudou este quadro. O surgimento de novos medicamentos, aperfeiçoamento de aparelhagem e técnicas tornaram a morte menos próxima. Moreira (2004) diz que a tecnologia instrumentalizou também o morrer.

O sucesso na cura e no tratamento de muitas doenças, fizeram com que a medicina mudasse seu foco do cuidado com os pacientes para uma busca obstinada do processo curativo (Pessini, 2004). Ainda de acordo com Pessini (2001), apesar de cuidado e cura não serem contraditórios, a ênfase no segundo prejudicou o primeiro.

Neste mesmo período, em 1970, o oncologista Van Resselaer Potter criou o termo bioética visando integrar diferentes aspectos das ciências humanas e biológicas através da ética (Cohen e Gobbetti, 2005). De acordo com Potter *apud* Cohen e Gobbetti (2005), “a bioética é a forma de integrar as ciências e as humanidades para se atingir uma nova sabedoria através do conhecimento biológico articulado com os valores humanos” (p.150).

A discussão e reflexão sobre questões éticas relacionadas ao desenvolvimento tecnológico na área da saúde e suas consequências é o objetivo da bioética. Lawson (2004) diz que a introdução da tecnologia de salvar vidas é muito bem vinda, porém não veio acompanhada por um consenso social, o que dificulta saber quando tanta tecnologia pode ser inapropriada ou quando um tratamento deve ser interrompido.

No Brasil, a bioética começou a ganhar forças com o surgimento de centros que buscavam estudá-la e promovê-la através de seminários, encontros, palestras e

artigos científicos. Segundo um levantamento do teólogo Léo Pessini, existem hoje no país 12 centros, estando entre eles: a Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília (UnB), a Comissão de Bioética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo e a Sociedade Brasileira de Bioética.  
[\(http://www.bioetica.org.br/iniciativas\\_institucionais/\)](http://www.bioetica.org.br/iniciativas_institucionais/)

Uma das questões fundamentais da bioética é a distanásia. Esse procedimento é conhecido nos Estados Unidos como tratamento fútil e na Europa como obstinação terapêutica (Pessini, 1996). É definida como uma “atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento. Nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer.” (Pessini, 1996, p.1). É a manutenção de um tratamento invasivo quando não há possibilidade de recuperação, sendo o resultado de uma ação médica que nega a dimensão da mortalidade humana. (Kovacs, 2003). Batista (2004) considera-a como a conservação da vida por meio de tratamentos desproporcionais, que podem levar a um processo de morte prolongado e com sofrimento tanto físico como psicológico. Souza (2003) complementa dizendo que o sujeito portador de uma doença terminal, merece benevolência e respeito. E é exatamente isto que a reflexão sobre a distanásia se propõe. Torres (2003) questiona em seu artigo, quando deve-se passar dos cuidados curativos para os paliativos. Afinal, a morte é parte da vida e o tratamento tem que ser digno (Kovacs, 2003).

## **Método**

Foi realizada uma revisão bibliográfica dos últimos dez anos, a partir de artigos encontrados nas seguintes bases de dados: Lilacs, Medline/Pubmed e Scielo. Além disto foram utilizados livros e sites científicos relacionados ao tema.

## **Uma discussão sobre a distanásia no Brasil**

No Brasil a discussão atual da distanásia ganhou um novo aliado após a Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006, do Conselho Federal de Medicina (2006) que diz “na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”. Como justificativa, o Conselho afirma que as unidades de terapia intensiva do país recebem cada dia mais pacientes portadores de doenças crônicas-degenerativas incuráveis com diversas intercorrências, ou mesmo paciente com doenças agudas que tem uma rápida evolução para um quadro crônico irreversível, tendo em vista um sobreviver precário ou mesmo vegetativo (Andrade e Garção, 2006). Ribeiro (2006) traz também a *Lei dos Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde* do Estado de São Paulo (*Lei nº 10.241/99*), conhecida como *Lei Mário Covas*, que assegura em seu art. 2º: “são direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: XXIII recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida” (p. 1753).

Diz ainda que devido a estes movimentos, o Ministério da Saúde editou a portaria nº 675/GM de março de 2006, aprovando a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde que traz os direitos e deveres dos usuários da saúde. Este documento deixa claro que o paciente pode recusar qualquer procedimento seja ele preventivo ou terapêutico, assim como não ser submetidos a exames não autorizados. Afirma também que o indivíduo tem direito a escolher o lugar de sua morte e se desejar , pode retornar a sua casa para falecer de uma forma que pense ser mais digna e humana.

Um critério importante na discussão da distanásia é refletir sobre qual é considerado o momento da morte atualmente. De acordo com os critérios da Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.480/97, o conceito de morte é o de morte cerebral ou encefálica, ou seja, uma pessoa só é considerada como morta se nenhum tipo de atividade cerebral é constatada, mesmo após a realização de uma bateria de exames. ([http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa\\_resolucoes.php](http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php))

A questão da expectativa de vida dos indivíduos também é relevante. Nos EUA, por exemplo, subiu em média de 47 anos de 1900 para 83 no final do milênio. Isto ocorreu devido aos avanços tecnológicos na área da saúde, desenvolvimento de novas medicações entre outros. É um fenômeno que se repete pelo mundo todo e traz à tona a importância do ser humano além de conseguir viver mais, conquistar uma maior qualidade de vida. (Dubois, 2005)

Estes avanços fizeram com que o limite da possibilidade terapêutica se tornasse impreciso. É possível retardar indefinidamente o momento em que se pode

reconhecer o limite da ciência e da tecnologia na manutenção da vida. (Silva *apud* Pessini, 1996)

Não enfrentar a questão da distanásia pode levar a situações contraditórias como por exemplo, o grande investimento em um paciente em estado terminal de uma doença quando suas perspectivas de recuperação são nulas. (Pessini, 1996)

Esta discussão leva então a um outro importante conceito, a ortotanásia, ou a morte em seu tempo certo, sem tratamento desproporcionado e sem abreviação do processo de morrer (Kipper, 1999). Busca-se então um equilíbrio entre a distanásia e a eutanásia e o suicídio assistido, já que a medicina moderna consegue ao mesmo tempo, prolongar a vida de muitas pessoas assim como prolongar também o processo de morrer. A morte é um fenômeno essencialmente social e esperado (Good, 2004).

Quando a cura é impossível deve-se objetivar medidas que visem conforto e alívio do sofrimento (Kipper, 1999), e quando um paciente está morrendo a obrigação ética é de prover um tratamento e cuidados paliativos apropriados (Dubois, 2005).

## **Os Cuidados Paliativos**

Existem dois modelos de aplicação da Medicina. O primeiro e mais conhecido deles é o curativo que visa o entendimento fisiopatológico das doenças mais do que à própria doença e o doente. Já o modelo paliativo tem como foco o paciente como um todo, estando atento para suas necessidades físicas, mas também as necessidades psicológicas e espirituais do paciente. (Brandão, 2006)

A relação entre distanásia e cuidados paliativos é muito estreita já que ambos estão relacionados ao final da vida e a diferentes formas de se compreender o cuidado com o paciente.

Os cuidados paliativos tiveram sua origem a partir do movimento de Hospice que foi fundado por Cicely Saunders (McNamara, 2004), em 1967, no hospital St. Christopher's em Londres.

É considerado como uma filosofia de cuidados, que reconhece a morte como o estágio final da vida, visando proporcionar o alívio dos sintomas e um maior conforto físico, psicológico e espiritual. Busca-se dignidade e mais qualidade de vida, além de aproximar o paciente de seus entes queridos. Todas as decisões são tomadas em conjunto pela equipe de saúde, o paciente e/ou seus familiares.

Ao longo dos anos com a expansão e o desenvolvimento do hospice, os cuidados paliativos passaram a ser indicados para pessoas com todos os tipos de doenças onde o paliativo fosse necessário.

No Brasil somente em 1997 foi criado pelo Ministério da Saúde, um Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para os profissionais da Saúde (Pessini, 2002). Neste mesmo ano foi criada em São Paulo a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Existem no país apenas 29 serviços voltados a este objetivo, com assistência em enfermarias de hospitais, ambulatórios e mesmo domicílios (Pessini, 2004). Este tipo de trabalho ainda é pouco divulgado e aceito no país. Isto pode ocorrer por desconhecimento ou pela dificuldade de creditar um trabalho que não vise a cura a todo custo, a qual se está acostumado. Também pode se pensar que além da visão cultural sobre a morte, muitos médicos sentiam-se

desamparados legalmente. Há poucos meses apenas foi aceito pelo Conselho Regional de Medicina, o direito do médico interromper um tratamento que não esteja sendo benéfico ao paciente. Para o profissional isto traz mais tranquilidade para tomar decisões muitas vezes angustiantes.

Nos países considerados como desenvolvidos os cuidados paliativos já são mais aceitos assim como o hospice. “Os Hospices existentes nos países desenvolvidos caracterizam-se por um programa de cuidados de suporte que ajuda pacientes e familiares durante o período de fase final da doença, servindo-os no seu próprio lar ou em leitos facilitadores, e ajuda aos familiares durante toda a fase final de doença até o luto”. (Lynn & Ferel *apud* Brandão, 2006, p.3)

Os princípios dos cuidados paliativos são aumentar a autonomia, a qualidade de vida e a dignidade tanto do paciente como de sua família, aliviar a dor e os sintomas, além de prover assistência emocional e espiritual para ambos (Restrepo, 2005).

Objetiva-se também preparar a família para a morte do paciente e dar-lhe suporte no pós-óbito. Essa assistência pode ocorrer através de uma ligação telefônica para expressar condolências, ou ainda através da participação dos familiares em um evento que seja promovido pela equipe de cuidados paliativos. (Kissane *apud* Brandão, 2006)

Um ponto muito importante relacionado a este assunto é a dor crônica que acompanha os pacientes na fase terminal da doença. Entre 60% e 90% desses indivíduos sentem dor de moderada a severa, suficiente para prejudicar não somente suas funções vitais como também seu humor e interação social (Pessini, 2002). Isto

pode modificar suas relações e trazer-lhe ainda mais prejuízos. Mas afinal o que é dor? O conceito de dor hoje usado em todo o mundo é o da Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) e afirma que a dor é uma “Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”. (Maciel, 2005, p.1)

É importante distinguir este conceito de outro fundamental, o sofrimento, pois apesar de dor e sofrimento serem constantemente interligados, são conceitos diferenciados. No caso da doença, o sofrimento seria como “um sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça à integridade do eu. Pode existir dor sem sofrimento e sofrimento sem dor”. (Pessini, 2002, p.60)

Quando não é feita uma distinção entre ambos permite-se que muitas vezes tratamentos fúteis (distanásia) continuem sendo prescritos, buscando minimizar ao mesmo tempo a dor física e psíquica, o que muitas vezes não é possível, já que os medicamentos podem não ser suficientes para proporcionar um alívio completo da dor deste paciente, que sofre por estar frente à morte, pela separação de seus entes queridos, pelo medo do desconhecido entre outras razões. (Maciel, 2005)

Pessini (2002) diz que a forma mais eficaz de cuidar é a qualidade das relações entre paciente, cuidadores e equipe de saúde. Souza (2003) complementa que a qualidade da relação médico-paciente, especialmente quando a morte do paciente se aproxima, irá determinar se as decisões tomadas serão apropriadas e coerentes. O diálogo, a possibilidade de esclarecer dúvidas e principalmente criar um vínculo, sentindo-se confiante no profissional amenizam fantasias e muitas vezes minimizam o grau de ansiedade deste paciente. “O cuidado paliativo implica,

principalmente, na relação entre as pessoas que cuidam e as que são cuidadas, sendo as intervenções técnicas secundárias à relação que se estabelece entre equipe de cuidados e pacientes” (Simoni e Santos, 2003, p.6).

Sendo assim, o cuidado paliativo deve ser compreendido em todas as fases do adoecimento, visando não só o controle dos sintomas como também a qualidade de vida do paciente. Pessini (2002) considera o cuidado paliativo como uma alternativa para cuidar respeitando a dignidade do indivíduo em um momento tão único de sua existência, que é enfrentar sua própria morte.

### **Conclusão**

Muito se discute sobre eutanásia e suicídio assistido, mas a distanásia ainda não tem tanto espaço. Percebe-se porém que esta discussão deveria ser mais recorrente, já que a cada dia é possível notar sua presença nos hospitais pelo mundo todo, principalmente nas UTI's. Mesmo que o nome não seja utilizado, a distanásia está presente mais frequentemente do que deveria.

Pergunta-se então o porquê disto acontecer? Uma das possibilidades é pensar que a ciência é extremamente contraditória. Ao mesmo tempo em que busca a fórmula da juventude, tentando manter as pessoas jovens e saudáveis, elevar a expectativa de vida dos indivíduos, ela parece se esquecer às vezes, que por mais que consigam prolongar a vida, descobrir a cura ou tratamento para muitas doenças, existe um ciclo básico a todos os seres vivos. E a morte faz parte deste como uma etapa certeira e crucial.

Outro ponto importante a ser pensado é que justamente pela morte ser uma certeza, que traz muitas vezes sentimentos de angústia e impotência aos profissionais de saúde. A morte do outro remete a própria morte. Perceber que existem limites e que é preciso lidar com a própria finitude pode ser extremamente difícil, porém este sofrimento psíquico pode ser necessário para se dar conta de que a morte pode ser vivenciada de várias maneiras.

Dar seqüência a um tratamento médico seja ele invasivo ou não, mas que não alcança mais seus objetivos traz desgaste e sofrimento desnecessários tanto para o paciente como para seus familiares e a equipe. Aceitar que não há mais nada que possa ser feito pela Medicina pode ser muito frustrante para a tríade, paciente-família-equipe, mas muitas vezes é fundamental.

Isto leva a outro ponto importante: será que é possível relacionar a morte com algo ruim e dolorido sempre? A concepção de morte, apesar do conceito ser universal, é única. Está interligada a diferentes fatores como a cultura que o indivíduo está inserido, sua religião, o grau de satisfação frente à suas realizações, entre outros.

Deve-se lembrar que o paciente é único, assim como sua história, medos, expectativas e fantasias e que independente de sua doença e gravidade, a forma de lidar com seu processo de adoecer será singular e influenciado por sua história prévia e pelo momento atual.

Tendo isso em mente deve se pensar como agir em cada caso. Pode ser mais trabalhoso, mas é importante para que o ser humano não perca sua individualidade.

É claro que os avanços das ciências médicas são em sua maioria benéficos e trazem sim mais qualidade de vida aos enfermos, porém é seu abuso ou sua utilização sem reflexão que é prejudicial. Sendo assim, a distanásia não é uma opção já que se deve priorizar o bem-estar geral do indivíduo, o que engloba o físico, psicológico, social e espiritual.

Portanto, o cuidado paliativo pode ser considerado uma alternativa para a distanásia. Prover cuidados mais amplos e ao mesmo tempo mais singulares, pode ser muito importante quando se fala em pacientes portadores de doença em processo terminal, tentando amenizar e transformar o processo de morte. Dar a oportunidade para a pessoa escolher onde gostaria de passar esta última fase do adoecer e morrer, é simplesmente devolver o direito de respeito e dignidade por aquele indivíduo e seus familiares.

## Referências Bibliográficas

- Batista, R. S., & Scharamm, F. R. (2004) A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da saúde pública. Caderno de Saúde Pública, 20(3), 855-865.
- Brandão, C. (2006). Câncer e cuidados paliativos: definições (On-line). Disponível: <http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cdTexto=305>
- Centro de Bioética do CREMESP. Bioética no Brasil (On-Line). Disponível: [http://www.bioetica.org.br/iniciativas\\_institucionais/](http://www.bioetica.org.br/iniciativas_institucionais/)
- Cohen, C., & Gobbetti, D. W. (2005). Bioética: desenvolvimento humano e os profissionais de saúde. In S. M. C. Ismael (ed.), Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar (1<sup>a</sup> ed., pp.149-162). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Conselho Federal de Medicina – Resolução nº 1.480/97 (On-Line). Disponível:

[http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa\\_resolucoes.php](http://www.portalmedico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php)

Dubois, M. (2005). Ethical issues at the end of life. Techniques in regional anesthesia and pain management, 9, 133-138.

Good, M. J. D. V., Gadmer, N. M., Ruopp, P. (2004). Narrative nuances on good and bad death's: internists' tales from high-technology work places. Social Science & Medicine, 58, 939-953.

Horta, M. P. (1999). Eutanásia – Problemas éticos da morte e do morrer. Bioética, 7(1), 27-33.

Kipper, D. (1999). O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade. Bioética, 7(1), 59-68.

Kovács, M. J. (2003). Bioética nas questões de vida e morte. Psicologia USP, 14(2), 115-167.

Lawson, A. D. (2004). Futilit. Current Anaesthesia & Critical Care, 15, 219-223.

Maciel, M. G. S. (2005). A dor crônica no contexto dos cuidados paliativos (On-line). Disponível:

<http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cdTexto=221>

McNamara, B. (2004). Good enough death: autonomy and choice in Austrália palliative care. Social Science& Medicine, 58(5), 929-938.

Moreira, E. C., & Biehl, J. G. (2004). Práticas médicas de aceitação da morte na UTI de um hospital geral no Nordeste do Brasil. Bioética, 12(1), 22-28.

Mota, J. A. C. (1999). Quando um tratamento se torna fútil? Bioética, 7(1), 35-38.

Pessini, L. (1996). Distanásia: até quando investir sem agredir? (On-Line).

Disponível: <http://www.portalmedico.org.br/revista/ind1v4.htm>

Pessini, L. (2001). A medicina e seus objetivos. In L. Pessini. Distanásia: até quando prolongar a vida? (pp.48-53). São Paulo, SP: Editora do Centro Universitário São Camilo.

Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Bioética, 10(2), 51-72.

Pessini, L. (2004). Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. Bioética, 12(1), 39-60.

- Pessini, L., & Bertachini, L. (2004). Humanização e cuidados paliativos (pp181-186). São Paulo, SP: Loyola.
- Restrepo, M. H. (2005). Cuidado paliativo: Una aproximación a los aspectos éticos en el paciente con cáncer. Persona & Bioética, 3(2), 6-43.
- Ribeiro, D. C. (2006). Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. Caderno de Saúde Pública, 22(8), 1749-1754.
- Simoni, M.; Santos, M.L. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem Psicol. USP, v.14, n.2, 2003.
- Souza, M. T. M., & Lemonica, L. (2003). Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida. Bioética, 11(1), 83-95.
- Torres, W. C. (2003). A bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. Psicologia: Reflexão e Crítica, 16(3), 475-482.

**Endereço para correspondência:**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 – 2º andar – bloco I - Cerqueira César CEP 05403-900 São Paulo-SP