



Suicídio
Assistido



A importância
dos cuidados
paliativos



Testamento
Vital – uma
visão espírita

Saúde & *Espiritualidade*

Nº 18 • ABR | MAI | JUN 2015



Bioética Espírita

O ponto de vista médico-espírita
do início ao fim da vida

A ética da vida

A ética, sendo a ciência que estuda o comportamento moral dos homens na sociedade, tem papel fundamental como função organizadora e reguladora das condutas humanas ao promover uma reflexão sobre a forma de agir perante as situações que envolvem a vida em sociedade.

Neste contexto, a ética aplicada à vida, a bioética, torna-se importante instrumento para mediar os conflitos que surgem na área da saúde frente aos avanços tecnológicos, as diferenças culturais e as diversidades de interesses, tendo como desafio assegurar o bem estar comum através uma amplificação da consciência individual dentro de uma visão coletiva, humanitária e solidária, possibilitando ao homem a capacidade de compreender o direito alicerçado em princípios basilares que atendam as necessidades humanas básicas de sobrevivência com profundo respeito à vida humana e ao meio ambiente.

No entanto, com o advento da Modernidade, a responsabilidade com o bem comum é transferida do âmbito do indivíduo para o âmbito institucional do Estado. A “razão humana”, autônoma e soberana, passou a ser vista como a única capaz de produzir uma representação crítica sobre o mundo, suplantando a moral religiosa. Como consequência, os valores até então universais, utilizados como referenciais para a vida cotidiana e global, tornaram-se relativos, fragmentou-se a compreensão sobre o bem comum gerando um vazio ético.

Na modernidade o homem se tornou independente e autônomo. A concepção de ética desvinculou-se da vida social, restringindo sua competência quase que exclusivamente pela política institucional onde a liberdade

individual se impôs culturalmente como modelo de vida capitalista onde os fins justificam os meios ou favorecendo interesses de indivíduos e grupos que não representam a coletividade maior e não visam ao bem comum.

Um das consequências foi o surgimento, na pós-modernidade, de uma ética centrada no materialismo e no utilitarismo com a relativização do valor da vida humana e sua “coisificação”, além de favorecer a perda da dignidade e da transcendência da pessoa humana, transformando-a em simples objetos subordinados aos interesses superficiais e imediatistas

Isso vai ter um impacto decisivo na forma de agir da ciência médica em inúmeras situações como os dos anencéfalos, no uso de células embrionárias, na eutanásia, na manipulação genética e no aborto.

O conceito de pessoa humana não pode ser determinado por interesses econômicos, políticos ou movidos pelo interesses de determinados grupos, nem das relações culturais de determinado momento histórico. O direito à vida é algo natural e intemporal, sendo o primeiro e mais elementar dos direitos humanos. Sem a vida todos os demais direitos como a liberdade, igualdade, autonomia, segurança, saúde e educação não têm valor.

Para o sociólogo Bauman¹, os grandes temas da ética não perderam a sua força. Eles precisam ser revistos e abordados de uma nova maneira a partir de uma consciência que todos estão conectados e se influenciando mutuamente.

Como a bioética é voltada para o respeito à vida humana, é necessário estabelecer conceitos sobre o que é vida, seu início e o que é pessoa humana dentro de uma visão de totalidade, conscientes que a vida se estabelece

dentro de um contexto global e em rede. Essa realidade exige soluções globais baseadas numa atitude ética universalista, ainda que seja preciso construí-la a partir do individual..

Goergen² propõe uma nova ética que ele denominou como ética da solidariedade, para se opor à ética hedonista-capitalista vigente: “Uma nova ética da solidariedade começa a se opor à ética hedonista-capitalista – Há uma série de acontecimentos indicativos de que se inicia uma resistência contra o mercado tentacular e o frenesi consumista, contra o relativismo axiológico e o individualismo hedonista, contra a violência e a banalização da vida, contra a atomização social e a despolitização, contra a fabricação de falsas necessidades e promessas de felicidade pelo consumo. Se estiver correta esta leitura, diria que se inicia a contraposição do homo eticus et solidarius ao homo oeconomicus como nova

via de sobrevivência e de felicidade”.

Esse trabalho que apresentamos aos leitores é uma contribuição da AME-Brasil para essa discussão.

Entendemos que os princípios fundamentais universais e intemporais que fazem parte de uma ética profunda devem estar baseados na compaixão, na solidariedade e no respeito à vida, sintetizados nas palavras do Cristo “Não fazer ao próximo aquilo que não queres para ti.” e “Amai ao próximo como a ti mesmo”.

BAUMAN, Zygmunt. Ética pós-moderna. São Paulo: Paulus, 1997.

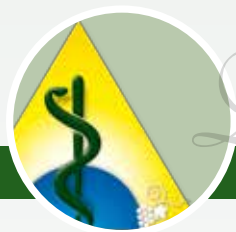
GOERGEN, P. Pós-modernidade, ética e educação. Campinas: Autores Associados, 2005, p. 84-85.

Gílson Luis Roberto é médico, especialista em Psicologia Clínica Junguiana, Presidente da AME-Brasil, Vice-Presidente do Hospital Espírita de Porto Alegre.

Sumário

Editorial	2
Dr. Responde	4
Ética e moral: uma ética espírita	6
A vida e o direito do embrião	10
Os direitos da mulher e o aborto	14
Os estudantes de Medicina e a bioética	24
O coma e os distúrbios da consciência	28
Testamento Vital	34
Eutanásia	40
Cuidados Paliativos	46
Suicídio Assistido	54

Saúde e Espiritualidade é uma publicação da Associação Médico Espírita do Brasil (AME Brasil). AME Brasil - Diretoria - Biênio 2013-2015. Presidente: Dr. Gílson Luis Roberto. 1º Secretário: Jorge Cecílio Daher Júnior. Tesoureira: Dra. Márcia Regina Colasante Salgado. Conselho Editorial: Carlos Roberto de Souza, Décio Iandoli Júnior, Jorge Cecílio Daher, José Roberto Pereira Santos. Jornalista Responsável: Giovana Campos 28.767. Planejamento Gráfico: Conrado Santos e André Egido. Revisão: Eva Barbosa. Os artigos assinados são de inteira responsabilidade de seus autores. Associação Médico-Espírita do Brasil - Av. Pedro Severino, 323 – Jabaquara - São Paulo/SP - CEP: 04310-060 amebrasil@amebrasil.org.br



Reprodução com sêmen de doador

Sou espírita e desejo muito ser mãe. Como, aos 37 anos, ainda não constituí família, comecei a buscar informações sobre a ótica da doutrina espírita a respeito deste tema, entretanto, não encontrei material relevante.

Sugiro que sejam abordados aspectos como:

1) É legítimo que as mulheres que não têm um companheiro busquem esta possibilidade aberta pela ciência para realizarem o desejo de serem mães?

Hoje, no Brasil, apesar de não termos leis específicas, o Conselho Federal de Medicina que rege a atuação ética do médico, com sua nova resolução (nº 1957/ 2010), já permite o uso das técnicas de reprodução assistida para o caso de mulher solteira. Portanto, essa possibilidade é legítima (legal).

O espiritismo não é contra a reprodução Assistida. Não importa por qual meio a criança nasça; o que importa é como vai ser recebida no mundo, se vai ser criada com amor ou indiferença.

2) Há estudos sobre possíveis traumas psicológicos que estas crianças possam ter devido ao fato de nunca poderem conhecer o pai biológico?

Esse tema é fonte de controvérsias entre os especialistas e suscita debates éticos e jurídicos em todo o mundo, tanto que as leis referentes ao anonimato do pai biológico são diferentes entre os diversos países.

No Brasil, onde prevalece a reprodução assistida privada, a maioria dos casais que recorre aos gametas doados, manifesta a vontade de não revelar isso ao filho.

Na Resolução do CFM, citada acima, a identidade do doador é protegida. Vejamos o que diz a Resolução sobre a doação de gametas ou embriões (os grifos são meus):

1 - A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial.

2 - Os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa.

3 - Obrigatoriamente será mantido o sigilo sobre a identidade dos doadores de gametas e embriões,

bem como dos receptores. Em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.

4 - As clínicas, centros ou serviços que empregam a doação devem manter, de forma permanente, um registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores.

5 - Na região de localização da unidade, o registro dos nascimentos evitará que um(a) doador(a) venha a produzir mais do que uma gestação de criança de sexo diferente numa área de um milhão de habitantes.

6 - A escolha dos doadores é de responsabilidade da unidade. Dentro do possível deverá garantir que o doador tenha a maior semelhança fenotípica e imunológica e a máxima possibilidade de compatibilidade com a receptora.

7 - Não será permitido ao médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas trabalham participar como doador nos programas de RA.

Em países como a Inglaterra e a Bélgica, a criança tem o direito de saber sobre sua história, quando atinge a maioridade. No Reino Unido, isto vem causando um impacto no número de doações, com o registro de queda do número de doadores pelas Clínicas de Reprodução.

Nos EUA, o rastreio por irmãos biológicos é possível porque os doadores de esperma, embora permaneçam anônimos, são identificados por um código numérico, que pode ser obtido nas clínicas de reprodução. Por meio da internet, jovens gerados com o sêmen do mesmo doador já conseguem localizar os seus “meio irmãos” biológicos.

Os próprios especialistas em infertilidade costumam desencorajar seus pacientes a contar a verdade, sob o argumento de que isso trará mais prejuízos do que benefícios à criança.

Do outro lado encontra-se a maioria dos psicólogos que discorda e diz que o segredo pode gerar fantasias infantis ainda piores. Médicos de outras áreas reforçam a importância de que a herança genética precisa ser conhecida, para prevenir doenças e problemas futuros.



Um desses problemas tem relação com a possibilidade de incesto accidental, ou seja, a união de filhos de um mesmo doador. Nos EUA esse risco é maior, pois lá o limite de crianças nascidas por um mesmo doador é 25 para cada 800 mil habitantes. No Brasil a Resolução do CFM permite a gestação de apenas uma criança de cada sexo, por doador, em uma população de 1 milhão de habitantes. Imaginemos uma cidade como São Paulo, com quinze milhões de habitantes, isso não evitaria a possibilidade de um incesto.

Afora tudo que foi dito acima, o aspecto mais importante é a maneira como a criança será criada, suas referências familiares e principalmente sua “bagagem espiritual” que determinará de que forma ela vai aceitar, no futuro, a informação sobre sua paternidade.

3) Existe alguma ligação espiritual de vidas passadas entre a mãe e o doador anônimo? E entre a mãe e o futuro filho?

A primeira pergunta não há como afirmar, pois presumidamente pode ou não haver. O doador fornece o sêmen com interesses financeiros, não havendo qualquer relação com a futura mãe, que ele provavelmente nunca irá encontrar. Entender que a espiritualidade é que vai escolher o doador baseado em ligações passadas é um pensamento que vai contra o livre arbítrio de decidir. Exceto por outros comprometimentos que não podemos inferir, creio não haver ligações entre o doador e a mãe da criança.

Na segunda questão podemos afirmar que a ligação existe, pois há toda uma vontade e preparação da mãe, em ter o filho, que cria um ambiente de preparação no mundo espiritual para a destinação do espírito necessário àquela encarnação. Visto que cerca de apenas 30 % das tentativas de reprodução assistida têm sucesso, aquelas que conseguem podem representar um fator de merecimento e isso está ligado a um auxílio da espiritualidade. Sabendo que toda gravidez tem o amparo do mundo espiritual, não vejo como uma mulher possa gerar uma criança, em seu ventre, com a qual não tenha uma ligação espiritual anterior.

4) Com este procedimento, é criada alguma ligação entre a mãe e o doador anônimo? E entre o filho e o doador anônimo?

A única ligação certa que se cria é a biológica, entre a criança e o doador. Outra forma de ligação se dará através da mente. Quando se fixa um pensamento, através da vontade de se conhecer o doador ou o pai biológico, está criada uma ligação mental.

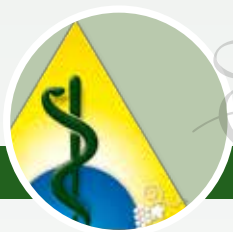
Aproveito para perguntar à consulente se ela já pensou em adotar uma criança.

Finalizo com uma fala de Paulo de Tarso: **“Tudo me é lícito, mas nem tudo me convém”.**

Fraternalmente,

JOSÉ ROBERTO PEREIRA SANTOS

Comissão de Bioética da AME - Brasil



Ética e Moral

Décio Iandoli Jr.

Apesar de ter usado essas duas palavras várias vezes na minha vida e de tê-las lido um número ainda maior de vezes em textos dos mais diversos, tentando entender o que significavam, em várias oportunidades, devo confessar que apenas recentemente acredito que consegui compreender de forma mais profunda e completa o que realmente representam; portanto, me senti compelido a trazer esse caminho que encontrei para a compreensão dos conceitos que estão embutidos nesses dois importantes termos e tão pronunciados hoje em dia.

Vamos iniciar com a definição filosófica da palavra ética: “Disciplina que procura determinar a finalidade da vida humana e os meios de alcançá-la, preconizando juízos de valor que permitem distinguir entre o bem e o mal”¹.

Confesso que me surpreendi, nunca havia pensado na ética como uma busca pela finalidade da vida humana, tão pouco que se importasse com a maneira como podemos atingir esta finalidade, sempre pensei na ética apenas como uma forma de descobrir o que é certo e o que é errado.

Em outra fonte, observamos a seguinte definição do termo: “A ética tem por objetivo facilitar a realização das pessoas. Que o ser humano chegue a realizar-se a si mesmo como tal, isto é, como pessoa. [...] A Ética se ocupa e pretende a perfeição do ser humano”².

Se a ética quer saber a finalidade do ser, os caminhos para que ele a alcance, então me pareceu coerente que esta disciplina da ciência, a ética, se ocupe também de facilitar a realização das pessoas e que, portanto, trabalhe para o seu desenvolvimento, afim de atingir a perfeição.

Precisamos admitir que são propostas bastante ambiciosas, porém, muito bonitas e filosoficamente perfeitas, na minha opinião.

Mais adiante, ainda no dicionário, vemos que ética é o

conjunto de princípios morais por que um indivíduo rege a sua conduta pessoal ou profissional¹.

Vejam só as duas palavras se enroscando: ética e moral, mas me senti socorrido, quando encontrei em Paul Singer a afirmação de que a ética é a ciência da moral: “Estudo sistemático da argumentação sobre como nós devemos agir (filosofia moral)”³.

Ou seja, a ética é a ciência que estuda a moral, com o objetivo de descobrir o caminho certo para o desenvolvimento do ser humano.

Quando vamos procurar a origem da palavra, sua etimologia, descobrimos que o termo vem do grego *ethiké*, que tem duas origens possíveis: A palavra *éthos*, com “e” pronunciado curto e que significa **costume**, e a mesma palavra *éthos*, porém pronunciada com “e” longo, que significa **propriedade do caráter** ou **modo de ser**.

Pronto, já nos enrolamos de novo, mas vamos nos concentrar em nossa primeira conclusão para notar que a primeira forma da palavra *éthos*, com o “e” curto, é a que serviu de base para a tradução latina da palavra “moral”, talvez aí esteja a causa de tanta confusão, e a segunda forma, com o “e” longo, é aquela que, de alguma forma, orienta a utilização atual que damos à palavra “ética”, qual seja: Ética é a investigação geral sobre aquilo que é bom⁴.

Muito bem, agora é a hora de nos debruçarmos sobre a palavra moral. O que seria especificamente?

A definição filosófica do dicionário nos diz que moral é “Domínio da filosofia que se ocupa dos problemas relativos à conduta do homem na sua vida pessoal e social”.

Ou, ainda: “Teoria, geralmente considerada normativa, do dever e do bem; tratado sobre o bem e o mal”.

Já podemos perceber que a moral é aquilo que observamos na sociedade; não é uma disciplina ou uma ciência que busca, mas um estado social que rege aquilo que está sendo considerado certo ou errado, naquele lugar



e naquele tempo, algo diferente do que estabelecemos para ética.

Etimologicamente, a palavra moral vem do latim *morale*, ou **costume**, tal qual o primeiro significado da palavra *éthos* com o “e” curto.

Agora já podemos concluir que, no contexto filosófico, ética é “a ciência da moral”, ou aquela que estuda os valores morais que orientam o comportamento humano em sociedade. Já a moral são os costumes, as regras, os tabus e as convenções estabelecidas por determinada sociedade em certo período de tempo. Assim, a ética é uma reflexão sobre a moral, enquanto a moral orienta os cidadãos sobre o que é certo e o que é errado.

Uma e outra vão guiar a conduta humana, entretanto, enquanto a moral incorpora as regras que são estabelecidas pela própria sociedade, a ética é a parte da filosofia que estuda a moral, reflete sobre as suas regras, podendo, inclusive, contestá-las, e isso é muito importante.

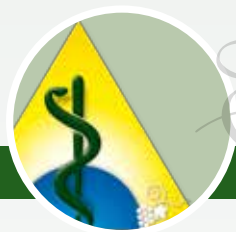
Que tal alguns exemplos práticos, afim de ilustrar que nem sempre o que é moral está certo ou é ético?

O exemplo mais claro que me ocorre é a escravidão, prática que nunca foi certa, tão pouco ética, mas moralmente aceita em quase todas as sociedades do planeta.

Esse exemplo permite destacar aquilo que faz a verdadeira diferença entre ética e moral, pois, como vimos, a ética quer determinar a finalidade “da vida humana”; quer saber os caminhos para encontrar a “realização dos seres humanos”, ou sua “perfeição”, ou seja, como devem ser todas as disciplinas da ciência, um caminho para encontrar o desenvolvimento e o bem-estar da humanidade, portanto, se volta para o bem comum, de todos os seres humanos. Assim, sempre que determinada regra moral privilegia uns em detrimento de outros, estamos incorrendo em erro ético, mesmo que seja aceito moralmente.

O certo só é certo se for bom para todos, pois o ser humano é um fim em si mesmo, não pode ser meio para outros fins.

Quando instituições governamentais aprovam resolução permitindo o aborto, estão tornando o ato legal, por-



tanto, a sociedade tende a declará-lo moral, entretanto, isso não o torna ético.

O fato de determinarmos a morte de um ser humano, considerando-o menos digno de viver ou passível de ter sua vida disponível para quem quer que seja e por qualquer motivo, incorre em erro ético, pois não considera o bem comum, o bem de todos, já que determina a morte do mais vulnerável, do que mais precisa ser amparado, por não ter como se defender.

Os escravos podiam ser mortos por seus senhores sem que isso fosse considerado crime. Na época, a cor da pele deles era considerada um sinal de inferioridade, de não humanidade; o mesmo já se deu com as mulheres e, ainda hoje, muitos veem dessa forma os embriões e fetos.

Enquanto não agirmos na direção do bem comum, conforme busca a ética por definição, não atingiremos seu objetivo maior que é desenvolver a perfeição. Cabe à ética promover a reflexão dos conceitos morais vigentes, trazendo à sociedade as regras aceitas como boas, desejáveis e corretas para todas as pessoas.

Diante da velocidade como as conquistas tecnológicas ocorrem, nem sempre há tempo para a sociedade refletir e definir sua posição moral, gerando um descompasso entre o aparecimento das questões éticas e o estabelecimento das regras morais, que acabam sendo determinadas pelos interesses dos que têm mais poder e acabam por influenciar a opinião pública, controlando as informações que serão apresentadas às pessoas e aos formadores de opinião. Entretanto, o possível nem sempre é desejável e o desejável nem sempre é possível.

Diante das possibilidades que invadem nosso cotidiano, muitas vezes, assumir postura ética pode parecer atitude retrógrada de radicalismo religioso e até imoral, diante de uma sociedade confusa. Podemos observar isso quando do episódio da liberação do uso das células tronco embrionárias, pelo Congresso Nacional, pois seus defensores se apoiavam em argumentos mentirosos e hipóteses científicas improváveis, algo que o tempo e as pesquisas científicas se encarregaram de desmascarar; hoje, tais pesquisas estão abandonadas, devido aos péssimos resultados, voltando-se todo esforço e verbas

para as células-tronco adultas e as células modificadas geneticamente a partir das células somáticas, as chamadas Células Pluripotentes Induzidas (CPIs).

Talvez seja este o principal desafio do nosso tempo: estabelecer claramente que a ética só será atingida por regras morais pautadas no bem comum, no bem de todos os seres humanos, em qualquer condição ou característica que se apresentem.

Como aponta o reverendo Martin Luther King Júnior, que tentava demonstrar à sociedade americana da sua época o grave erro ético que as regras morais racistas provocavam:

A covardia coloca a questão: é seguro?

O comodismo coloca a questão: é popular?

A etiqueta coloca a questão: é elegante?

Mas a consciência coloca a questão: é correto?

E chega um momento em que temos que tomar uma posição que não é segura, não é popular e não é elegante, mas temos que fazê-lo porque nossa consciência nos diz que é essa a atitude correta.

Oxalá a ética do terceiro milênio gere conceitos morais ditados por nossas consciências, e não por nossas conveniências.

Uma ética espírita

Já discutimos qual é a diferença entre ética e moral. Esperamos ter ficado claro que a ética é uma disciplina da ciência voltada para o estudo e a descoberta dos caminhos que podem levar a humanidade, como um todo, ao próprio desenvolvimento e perfeição. A moral, por sua vez, é o sistema de conceitos adotados como certos ou aceitos por determinada comunidade e em delimitado tempo.

Essa definição já deixa claro, logo de saída, que a moral é altamente mutável, ou seja, com o tempo e os acontecimentos, com as experiências vividas por seus membros, os conceitos morais da sociedade vão sendo adaptados, transformando-se para encontrar adequado conforto social. Isso ainda ocorre com relação à cor da pele, à orientação sexual, ao poder aquisitivo e ao papel da mulher em nosso mundo. Não podemos fechar nossos olhos para o fato de que

muitas sociedades, veladamente ou não, ainda discriminam as pessoas por esses e muitos outros fatores, e o problema é eminentemente moral, já que a ética é disciplina que busca a evolução e o aperfeiçoamento da sociedade como um todo; busca o bem comum; e podemos afirmar que, qualquer orientação moral dissonante do bem comum, não é ética.

Outra forma de olhar a questão é perceber que, como disciplina científica, a ética objetiva a permanência, ou seja, quer atingir “a verdade”, que, por ser verdade, é imutável. O estudo dos elementos sociais, em busca do bem comum, pretende chegar ao conhecimento suficiente para que todos, sem exceção, sejam considerados e preservados igualmente.

O bem comum, incluindo as formas, os comportamentos e as culturas diferentes, deve ser o objetivo da ética e é a essência do pensamento de Jesus, o que nos faz concluir que a verdadeira ética busca o bem comum, assim como a doutrina cristã o faz. Todas as formas de discriminação e toda a permissividade que procura facilitar para uns enquanto retira direito de outros, foge ao objetivo da ética, assim como ao eixo principal do pensamento cristão.

O Espiritismo revisita o cristianismo em suas bases, já que, por intermédio do pensamento racional, Kardec estabelece, de maneira sistematizada, uma coletânea de perguntas respondidas pelos espíritos, a fim de definir, de forma consistente e objetiva, o que é, ou seja, desprovido de preconceitos e de dogmas estabelecidos ao longo do tempo, tornou possível revelar as bases éticas do cristianismo, removendo todas as formas de interferência instaladas na essência do pensamento de Jesus, ao longo do tempo, por isso, consideramos o Espiritismo como o cristianismo redivivo, que não pode causar estranheza àqueles que professam o cristianismo, em qualquer forma que seja, já que as bases fundamentais que sustentam o pensamento cristão não foram alteradas, mas limpas, desobstruídas, e nada foi acrescentado.

A ética espírita, portanto, nada mais é do que a orientação pregada por Jesus, colocada de forma sistematizada e que, uma vez aplicada, atinge a moral cris-

tã, a moral “definitiva”, que promoverá o bem comum.

Entretanto, percebe-se que, apesar de termos em mãos o código que nos orienta ao bem comum, estamos distantes de aplicá-lo de maneira prática em nossa sociedade, pois ele nos pede o desapego material, a tolerância; prega a aceitação do diferente e o fim da subjugação de um sobre o outro, “hábitos” ainda enraizados em nossas vidas e em nossas mentes, por isso o tempo e a vontade são necessários para fazer valer a ética que vai gerar o código moral definitivo.

Como sugerido, a verdade é atingida com a educação e o desenvolvimento; e a ética, como disciplina científica, almeja encontrá-la e vai fazer isso, com o estudo e o objetivo de, lentamente, instalar na consciência das pessoas suas bases lógicas e seus efeitos benéficos.

A ciência objetiva o alcance da verdade, e a ética, como disciplina científica, busca a verdade, portanto, o destino é um só.

Kardec redireciona os seres para Jesus. Sistematizou seu pensamento e o desdobrou para a prática diária de nossa convivência social; mostrou o caminho da verdade, portanto, revelou a ética, aquela que trará a paz e a felicidade à sociedade e humanidade. Basta agora que instalemos em nossas mentes, mas, principalmente, em nossos corações, esses preciosos ensinamentos.

Referências

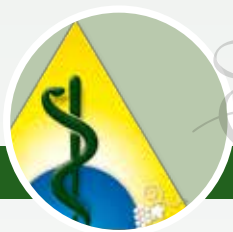
Dicionário da Língua Portuguesa. Portugal: Porto Editora.

CLOTET J. *Una introducción al tema de la ética. Psico* v.12, n.1. Porto Alegre, Jan/Jun, 1986:84-92.

SINGER P. *Ethics*. Oxford: OUP, 1994. p. 4-6.

MOORE GE. *Princípios Éticos*. São Paulo: Abril Cultural, 1975. p.4

Dr. Décio Iandoli Jr. Médico com especialidade em Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo e Endoscopia, Doutor em medicina pela UNIFESP-EPM. Professor da faculdade de medicina da UNIDERP, em Campo Grande MS e Presidente da AME-MS. Autor dos livros *Fisiologia Transdimensional*, *Ser Médico e Ser Humano*, *A Reencarnação como Lei Biológica*, *Um Homem no Fundo do Espelho* e *Da Alma ao Corpo Físico*. Palestrante da AME-Brasil e AME-Internacional. Autor de vários capítulos em livros de medicina e de espiritualidade. Responsável pelo programa “Ciência e Espiritualidade” pela TV Mundo Maior e TV CEI (www.tvmundomaior.com.br)



A vida e os direitos da pessoa

Weimar Muniz de Oliveira

No transcurso de nossa vida, eterna por natureza e vontade de nosso Pai e Criador, seja na erraticidade, seja no corpo físico, a partir do advento da razão e, portanto, da conquista do livre arbítrio, estamos sujeitos a direitos e deveres, na sociedade e perante nossos semelhantes.

Nela, ora no corpo astral, ora no corpo físico, no apatnágio da liberdade, no exercício sagrado do livre arbítrio, não há como fugir a essa maneira de ser.

Nesse contexto, a liberdade de um é limitada pela liberdade do outro, ou seja, nossa liberdade estende-se até a fronteira onde se inicia a liberdade de nosso semelhante, não apenas no que respeita às leis humanas, mas também, e sobretudo, no que concerne à Lei Divina, ou natural, de maior amplitude do que a lei dos homens, a qual, por imperfeita, não detecta todas as ilicitudes perpetradas.

Nossa consciência, porém, registra e guarda, a sete chaves, nesse Tribunal Divino, todas as ações que praticamos em desacordo com a lei universal do amor.

Daí o diálogo de Jesus com os fariseus, que queriam enredá-lo, ao lhe propor a seguinte questão:

– “Mestre, qual o mandamento maior da lei?” – Jesus respondeu: “Amarás o Senhor teu Deus de todo o teu coração, de toda a tua alma e de todo o teu coração; este o maior mandamento. E aqui tendes o segundo, semelhante a esse: Amarás o teu próximo como a ti mesmo. – Toda a lei e os profetas se acham contidos nesses dois mandamentos.” (Mateus, 22:34 a 40)¹

Assim é que, da lei humana, temos como nos safar,

mas da lei divina, por achar-se impregnada em nossa consciência, jamais!

Na Constituição Federal de 5 de outubro de 1988 o direito de liberdade, dentre outros, está bem explícito no artigo 5º, *caput*, que prescreve:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...].

Esses cardeais princípios, em louvor da pessoa humana, estão inscritos nas cartas constitucionais de todas as nações livres e cultas e se inspiram em conquistas adquiridas, nos últimos séculos, com lágrimas e sangue, em muitos movimentos libertários, como, entre outros, a Constituição da América do Norte, de 4 de julho de 1776, de Filadélfia/EUA; a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em Paris/França, de 26 de agosto de 1789 (a mais reconhecida Carta de Princípios Jurídicos do Planeta); e a Revolução Francesa, de maio de 1789.

Vê-se, assim, em nossa referida Carta Constitucional, que ali estão previstos os direitos fundamentais da pessoa humana, que são ratificados nas leis infraconstitucionais, como se dá, *como exemplo*, com os direitos à vida do nascituro, assegurados desde a concepção, a partir do artigo 2º, de nosso estatuto civil, que proclama: “A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida, mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”.

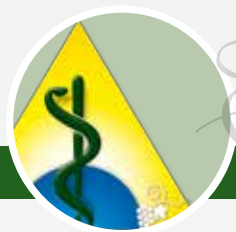


Em inúmeros outros dispositivos, a lei civil assegura direitos ao nascituro. Assim o faz nos artigos 1.779, *caput*; 1.799, item I; 1.800 e seus parágrafos, além de outros.

Não obstante a preponderância dos obstáculos e das dores, na Terra, mundo de provas e expiações, as conquistas culturais, éticas e sociais têm nos aproximado, pouco a pouco, do mundo de regeneração, que se avizinha, convictos, todavia, de que essa conquista custar-nos-á alto preço.

Mas, por nosso ordenamento jurídico, a partir da Lei Maior, o que é comum aos povos cultos do orbe, nossos direitos fundamentais estão preservados, conforme discrimina o artigo 5º da Constituição Federal do Brasil.

Considerando que o ser humano, enquanto está na Terra, é uma composição tríade, constituído de corpo, perispírito e espírito, ou alma, dos quais subsiste apenas o último, somos forçados a reconhecer que o império absoluto da lei sobre a nossa individualidade (e não perso-



nalidade), consuma-se em nossa consciência – Tribunal Divino, ínsito no ser inteligente.

Essa realidade tem sido reconhecida, ultimamente, pela própria Ciência, pelos cientistas filósofos, se assim podem ser definidos.

Esses luminares do conhecimento, não encontrando soluções cabais às suas concepções e pesquisas científicas, buscam-nas na imponderabilidade, valendo-se das experiências milenares das religiões filosóficas dos grandes grupos deístas do Oriente, tendo chegado, com tais providências, a resultados alentadores.

Segundo eles, à luz da Física Moderna, que reavaliou a Física newtoniana, ou tradicional, a matéria só existe no estado de relatividade, reflexo da realidade universal, de acordo com a qual tudo tem origem no fluido cósmico universal², persistindo, por isso mesmo, na busca incessante e sem tréguas do elemento primordial da existência de tudo, no Universo, e já conscientes de que seus métodos científicos carecem de revisão.

Alguns deles, os mais atilados, que mais se aproximam dos postulados espíritistas, estão, pouco a pouco, se defrontando com a verdade, conforme posição aceita e proposta por Amit Goswami³, que afirma: “A consciência, portanto, é a realidade única e final...”.

Por ser, a consciência, o sacrário e repositório de nossas conquistas ao longo de nossa infinda caminhada, rumo à nossa redenção espiritual, como indivíduos inconfundíveis e independentes com relação às outras individualidades, sob o impacto das leis divinas que nos regem, inclusive a lei de ação e reação, nosso espólio de valores, com saldo positivo ou negativo, encontra-se indelevelmente inscrito em nossa consciência.

Descobrimos, assim, que Deus não tem necessidade de nos condenar, deixando-nos a nós mesmos o cuidado de fazê-lo, através das leis morais naturais que se dignou imprimir em nossa consciência.

Com suprema sabedoria e divinal amor, houve por bem, em suas imanes e transcendentais leis, fazer-nos entrelaçados, irremissivelmente, de tal maneira que, de fato, conforme está em *O Evangelho Segundo o Espiritismo*: “Nós nos devemos uns aos outros...”⁴.

Estamos, pois, sujeitos ao império das leis humanas, enquanto estagiamos no mundo da forma, ao mesmo tempo em que nos achamos sob o jugo das leis morais, esculpidas, aliás, dentro de nós, no âmago de nosso Tribunal Interior, tanto de lá quanto de cá.

E, por estarmos subjugados pela consciência, quanto ao cumprimento, mais cedo ou mais tarde, das leis impregnadas em nossa consciência pela Misericórdia Divina, no livro *Nos Dois Planos da Vida*⁵, concluímos, no que tange à lei de ação e reação, vinculada à lei das vidas sucessivas, que: “Assim, não vai nenhum exagero na afirmativa de que: é através da injustiça humana, às vezes, que se realiza a Justiça Divina”.

Cidadãos do Universo, filhos do mesmo Pai – Deus –, e ovelhas do mesmo Pastor Divino e Irmão Maior – Jesus –, assiste-nos não apenas direitos, mas também deveres.

Se ética e humanamente assim é, temos que envidar esforços no sentido de agir como seres inteligentes, laborando em benefício de todos, uma vez que a maior de todas as glórias é a de servir, na conformidade do pensamento de Emmanuel, além de fazê-lo, primariamente, em nosso próprio benefício, por estarmos atentos à premissa de Jesus: “A cada um, segundo as suas obras” (Mateus, 16:27).

Além do Tribunal Divino de nossa consciência, existe também, sim, no Mundo Astral, os tribunais da espiritualidade. Esses tribunais não existem, porém, para condenar quem quer que seja, mas sim para suscitar no delinquente a própria iniciativa para se impor a pena ou sanção merecida, que, antes de tudo, está registrada, indelevelmente, no imo de seu próprio tribunal – a consciência.

Assim sendo, são os próprios infratores que, consultando sua consciência, impõem-se a si mesmos os resgates pelos quais haverão de passar, rendendo-se à Lei Divina e, ao mesmo tempo, asserenando a consciência.

Quanto ao assunto em pauta, Emmanuel, no livro *Construção do Amor*⁶, no capítulo Diante da Lei, tece primorosas instruções, das quais destacamos as seguintes:

Perante os tribunais divinos, a conspurcação da mulher que malbarata os dons sublimes da vida, não é a única forma de prevaricação que reclama as bênçãos do reajuste.

À frente dos juizes celestes, comparecem igualmente:

Os sacerdotes que se venderam ao simonismo.

Os magistrados que perderam a boa consciência no mercado do suborno.

Os cientistas que negociaram a riqueza inapreciável da inteligência, trocando preciosidades da vida por escuros troféus da morte.

Os generais que perverteram a ordem, permutando-a por facilidades econômicas.

Os políticos que traficam no altar da confiança do povo.

Os administradores que dilapidam os tesouros públicos na exaltação dos seus interesses particulares.

Os artistas que rebaixaram as próprias emoções, vendendo as imagens da beleza ao prazer dos sentidos, animalizando a existência, ao invés de sublimá-la.

Ao final da importante mensagem, o eminente Mentor assim a encerra: “Depois do balanço diário de nossos pensamentos, palavras e atos, pratiquemos a bondade com todos, entre a fé e o serviço incessantes e não nos faremos réus passíveis de severo julgamento à frente da Lei”.

Relativamente à liberdade, no exercício do livre arbítrio, é de boa oportunidade, nesta reflexão, transcrever, também de Emmanuel, em seu livro *Vinha de Luz*⁷, como epílogo:

A viúva havia perdido o filho que se lhe fizera arrimo, assassinado por um amigo que o tóxico desequilibrara e que fugira ao pronunciamento da justiça.

Depois de alguns meses, estava ela distribuindo refeições a pessoas necessitadas numa instituição cristã de beneficência, quando alguém lhe apontou um rapaz à

mesa e lhe segredou:

– Aquele é o matador de seu filho.

A senhora, com grande terrina às mãos, estremeceu, mas voltando-se para uma parede lateral, como quem desejava ausentar-se daquela situação, esbarrou com a efígie de Cristo Crucificado.

Imediatamente, recordou que o Divino Mestre também fora exterminado sem culpa.

Estranha força lhe surgiu no coração e prosseguiu adiante.

Chegando ao prato do rapaz indicado, passou a servi-lo com gentileza.

O moço, surpreendido, perguntou-lhe:

– A senhora sabe que matei seu filho e que sou um assassino... Como pode me servir com tanta bondade?

Ela, porém, sorriu levemente e apontando-lhe, com o olhar, a face do Senhor, na tela à frente, respondeu com brandura:

– O senhor não é um assassino de meu filho. Em nome de Jesus, o senhor é nosso irmão.

Referências

KARDEC, A. *O Evangelho Segundo o Espiritismo*. 126. ed., Brasília: FEB, 2006. cap. XI, item I, p. 201.

KARDEC, A. *O Livro dos Espíritos*. Questão nº 27. Brasília: FEB, 2006.

GOSWAMI, A. *O Universo Autoconsciente*. Tradução de Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1998.

KARDEC, A. *O Evangelho Segundo o Espiritismo*. 126. ed., Brasília: FEB, 2006. Cap. XVI, item 14, p. 299.

OLIVEIRA, W.N. Injustiça Aparente. *Nos Dois Planos da Vida*. Goiânia: Feego, 1992. p. 102.

XAVIER, F.C.(por Emmanuel) *Construção do Amor*. São Paulo: CEU, 1988.p. 75-79.

XAVIER, F.C. (por Emmanuel) *Vinha de Luz*. 4. ed. Rio de Janeiro: FEB,1977. p. 269-270

Weimar Muniz de Oliveira, magistrado aposentado, membro da Associação Brasileira dos Magistrados Espíritas (Abrame) e do Lar de Jesus, diretor da Federação Espírita do Estado de Goiás (Feego) e membro do Conselho Superior da Federação Espírita Brasileira (FEB).



Os Direitos da Mulher e o Aborto

Gilson Luis Roberto

A defesa dos direitos da mulher tem sido utilizada como principal argumento para a liberação do aborto. No entender dos que advogam em seu favor, cabe à mulher o direito de decidir sobre o seu corpo, que essa decisão deve ser pessoal, respeitando as suas crenças religiosas, as suas condições materiais de vida, sua vontade física e psicológica conforme a sua liberdade de escolha. Para eles, descriminalizar ou legalizar o aborto é defender a liberdade, liberdade de decisão, de escolha, de conduzir os rumos da própria vida, é falar do direito à liberdade e à dignidade.

Mas como falar em liberdade e dignidade sem levar em consideração todos os aspectos envolvidos nessa questão, em especial o embrião, o ponto mais frágil desse processo?

A proposição do aborto como livre escolha da mulher parte de uma visão unilateral, centrado em suas necessidades, mas desprovidas de uma visão respeitosa pelo outro e pela vida. O que importa são “as minhas necessidades”, “as minhas escolhas”, “os meus direitos”, “a minha vontade”, revelando uma atitude infantil e imatura, sem a flexibilidade de lidar com as exigências e responsabilidades geradas pelos nossos atos.

Os direitos do embrião acabam sendo tratados de forma secundária, irrelevante. Ele é tratado como um apêndice do corpo materno com evidente interesse em “coisificar” um ser vivo que inicia seu processo ontogênico natural de direito à vida.

Até onde vai o nosso direito à liberdade? O direito à

liberdade sobrepõe ao direito à vida?

Que tipo de liberdade é essa cujos direitos se conta o de suprimir, desde o princípio, a liberdade do outro?

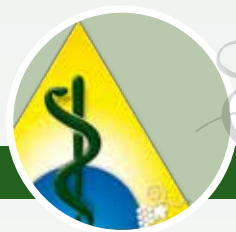
Ainda que a liberdade seja uma condição básica para que o Espírito se realize, essa liberdade não é absoluta, ela se encontra subordinada às necessidades que se tem de viver em sociedade, condicionada por determinadas normas, já que este direito não pode infringir a liberdade dos outros. A liberdade individual está diretamente vinculada à responsabilidade que dela emana perante a coletividade humana, o respeito à natureza e à vida.

Na questão 825 do *Livro dos Espíritos* Kardec pergunta: “Haverá no mundo posições em que o homem possa jactar-se de gozar de absoluta liberdade? Não, porque todos precisais uns dos outros, assim os pequenos como os grandes”¹.

Embora o discurso feminista do aborto como libertação da mulher, na prática ele está mais a serviço de uma visão machista e limitada, favorecendo em verdade uma maior liberdade para homem, já que é o homem a maior causa opressora para que a mulher aborte, deixando sobre ela toda a responsabilidade da carga emocional e da violência gerado pelo abortamento. Neste processo - tanto no liberado como no clandestino - a mulher sai dilacerada, ofendida, ultrajada, onde o homem geralmente lhe concede o direito de abortar para que permaneça refém como mulher-objeto, como muitas vezes se ouve: “só permanecerei contigo se abortares”.

No livro *A Sociedade do Espetáculo*, Guy Debord, ao





criticar a sociedade de consumo e o mercado, afirma que a liberdade de escolha é uma liberdade ilusória, pois escolher é sempre escolher entre duas ou mais coisas prontas, isto é, pré-determinadas por outros².

A sociedade atual pós-moderna está assentada numa visão materialista e consumista. As relações são superficiais e o comportamento hedonista preconiza o prazer acima de tudo e a qualquer preço. O permissivismo e o relativismo arrasam os melhores propósitos e ideais com a justificativa que tudo é permitido e tudo é relativo. O niilismo surge com a proposta de viver a liberdade total como ideal maior. O homem liberal é aberto, pluralista, transigente, tolerante, mas que no fundo não passa uma indiferença relaxada. Disso aflora a paixão pelo nada, que leva ao vazio. A pergunta principal é: por que não? O relativismo e ceticismo têm um tom devorador porque desta mistura emerge um homem pessimista, desiludido. Reina a indiferença à verdade. Se não existe uma verdade, tudo é passageiro, frágil, provisório e superficial. Assim, surge a idéia de consenso como juiz último: o que a maioria disser é a verdade. No fundo, não existe uma verdade, cada um tem a sua, o que desemboca na impossibilidade de existir uma ética comum. No fundo, cada um faz o que gosta e o que lhe dá prazer. No final prevalece ditado “o que pode mais chora menos”.

A proposta da pós-modernidade é apresentada a partir da estrutura de cada indivíduo. As pessoas não estão dispostas a abrir mão dos projetos individuais em nome dos projetos coletivos. Nesse processo os interesses individuais sobrepõem aos do grupo, cada um vivendo para si e não para a coletividade.

Nesta sociedade onde a liberdade está vinculada ao individualismo e consumismo exacerbados, relativismo extremado, atitude predatória com a natureza, insensibilidade e banalização da vida humana, o abortamento aparece como manifestação desesperada das dificuldades das mulheres em conseguir manter a gestação como opção livre e consciente pela gravidez, tornando-se uma forma traumática de controle de natalidade ou opressão masculina. Mesmo numa consideração não religiosa, o aborto é um signo de uma rendição, nunca uma afirmação de liberdade.

Já o direito à vida é o primeiro e mais elementar dos direitos humanos. Sem a vida todos os demais direitos como a liberdade, igualdade, autonomia, segurança, saúde e educação não têm valor.

Em todas as esferas do conhecimento a vida é um considerado um bem inalienável.

Zalmino Zimmermann afirma:

“O direito à vida é o primeiro dos direitos naturais. Diz com a própria natureza humana, daí o seu caráter inviolável, intemporal e universal. Caracteriza-se como um direito supraestatal; paira acima do Estado. Os direitos supraestatais, ensinava mestre Pontes de Miranda, não existem conforme os cria ou regula a lei; existem a despeito das leis que os pretendem modificar ou conceituar. Não resultam das leis, precedem-nas; não têm conteúdo que elas lhes dão, recebem-no do direito das gentes”.³

O direito à vida é considerado o mais fundamental e importante dos direitos no ordenamento jurídico sendo tutelado pela nossa constituição, pelo direito civil, penal e em todas as declarações internacionais. A Constituição Federal do Brasil através do seu artigo 5º declara que o direito à vida é inviolável: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida...”.

A inviolabilidade do direito à vida aparece também nos acordos internacionais sobre Direitos Humanos, sendo um dos principais o Pacto de São José da Costa Rica, do qual o Brasil é signatário, e que em seu artigo 4º prevê: “Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente”. Através do Decreto 678/1992 o Pacto de São José da Costa Rica entrou para o Ordenamento Jurídico Brasileiro e tem status de norma constitucional.

Na Declaração Universal dos Direitos do Homem no seu Artigo 3.º encontramos que “Todas as pessoas têm direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”.

Dentro deste entendimento, nem o Estado e nem pessoa alguma tem o direito de tirar a vida de um ser huma-



no ou de decidir quem vai viver e quem vai morrer.

Na questão 880 do Livro dos Espíritos, a espiritualidade deixa muito clara a inviolabilidade do direito à vida: “Qual o primeiro de todos os direitos naturais do homem? O de viver. Por isso ninguém tem o direito de atentar contra a vida de seu semelhante, nem de fazer nada que possa comprometer sua existência corporal”⁴.

Portanto, o direito à liberdade jamais poderá sobrepor ao direito à vida que tem primazia sobre todos os demais direitos. Tanto no que se refere ao direito constitucional como em relação às leis naturais. O direito da mulher à liberdade não pode de forma alguma ferir o direito do embrião à vida iniciado com a fecundação, marco inicial do processo ontogenético e contínuo do ser humano.

A fase de zigoto, embrião, feto, passando pelo nascimento até chegarmos à fase adulta fazem parte da nossa evolução ontogenética. Embora essas fases de desenvolvimento sejam divididas é sempre o mesmo indivíduo igualmente identificável biologicamente ao longo de toda a sua existência, sendo um ser único e distinto: “O

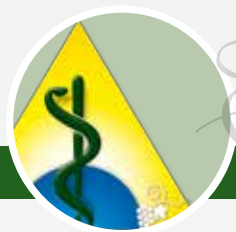
tipo genético – as características herdadas de um ser humano individualizado – é estabelecido no processo da concepção e permanecerá em vigor por toda a vida daquele indivíduo”⁵.

Portanto, em qualquer fase em que ocorrer a interrupção do processo embriológico a partir da fecundação será sempre um aborto.

O direito da mulher sobre o seu corpo e do uso de sua autonomia não lhe dá direito algum de matar, assim como também não tem o direito de se mutilar ou mutilar alguém. Embora o embrião dependa do corpo da mãe ele é outra individualidade em outro corpo que se forma.

Assim como ninguém tem o direito de determinar quem pode e quem não pode viver. Se fosse dado a cada pessoa o poder de dispor da vida, a condição humana ficaria reduzida e a vida coisificada. O embrião não passaria de uma “coisa” passível de ser descartada e jogada na lata de lixo. Ao banalizarmos a vida, favorecemos a violência e mais seremos vitimados pela violência.

Outro argumento utilizado é que o aborto é uma



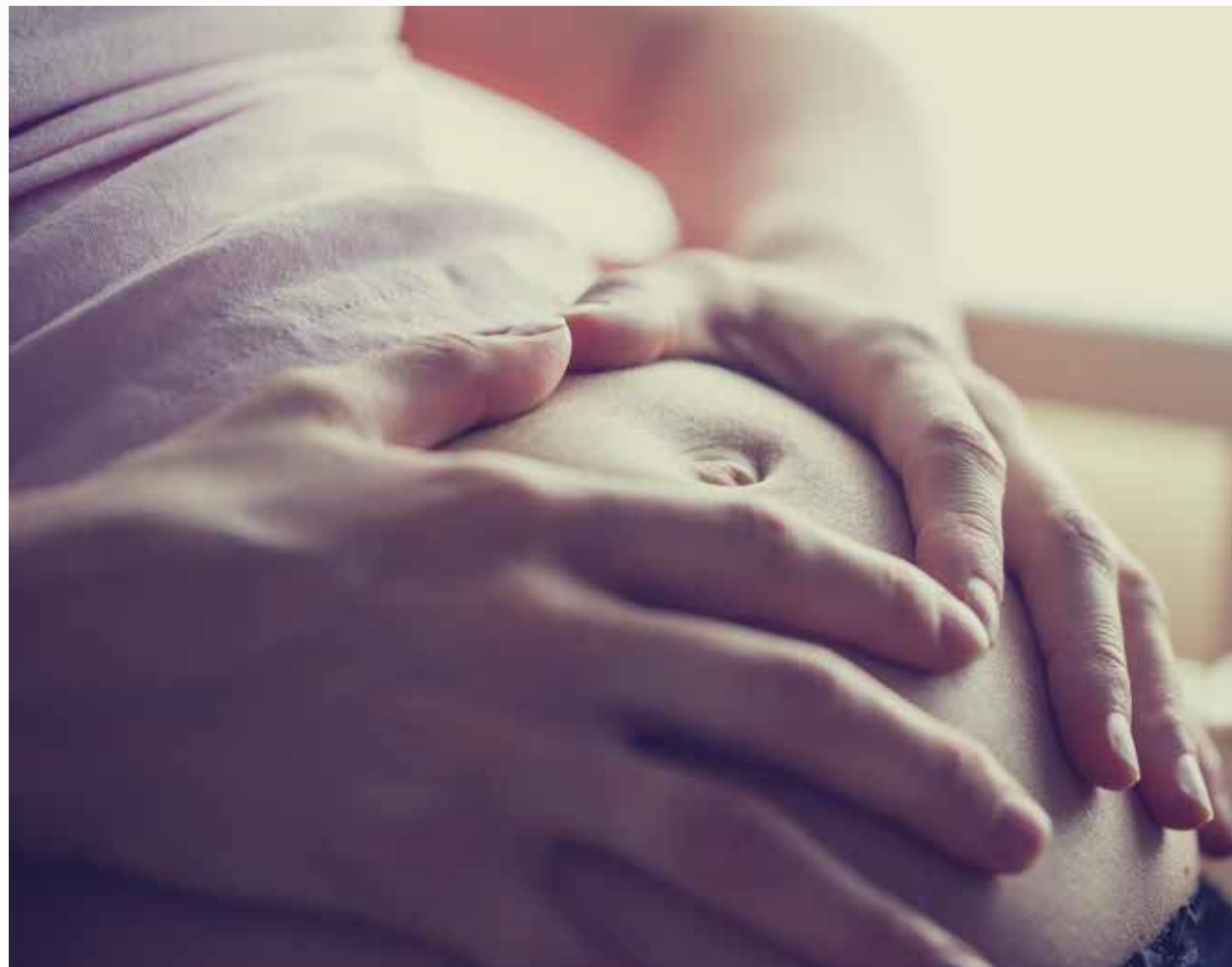
questão de saúde pública já que sua legalização evitaria inúmeras mortes maternas supostamente causadas pelo aborto ilegal, ao mesmo tempo em que daria a mulher o direito de escolha. A tese que o aborto clandestino é uma das grandes causas da mortalidade materna não tem respaldo científico e nem nas próprias estatísticas do Ministério da Saúde, ao contrário, o aborto legalizado é que é uma das maiores causas de mortalidade materna. Embora a maior parte das mortes relacionadas com o aborto legal não seja classificada oficialmente como tal, ele é constatado como a quinta causa de morte materna nos EUA. Um estudo finlandês de 1997, bem documentado, financiado pelo Governo, mostrou que as mulheres que abortam têm quatro vezes maior probabilidade de morrer no espaço de um ano do que as mulheres que dão à luz⁶.

Recentemente a revista científica PLOS ONE publicou

um artigo intitulado “*Women’s Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007*”, demonstrando que a legalização do aborto não diminuiu a mortalidade materna, contrariando o argumento invocado em favor da legalização do aborto. O estudo evidenciou que a causa da mortalidade está vinculado ao nível educacional das mulheres e dificuldades de atendimento médico⁷.

O *Journal of American Physicians and Surgeons* (Revista de Médicos e Cirurgiões dos Estados Unidos) publicou um estudo realizado por Patrick Carroll intitulado “A Epidemia do Câncer de Mama” onde se demonstra que o aborto “é o principal causador do câncer de mama”. O estudo também demonstra que o aborto antes do nascimento do primeiro filho é altamente cancerígeno⁸.

O Dr. Joel Brind, diretor do Instituto de Prevenção do



Câncer de Mama em Nova Iorque, um dos maiores especialistas na relação entre o aborto e o câncer de mama, realizou uma meta-análise de 23 estudos publicados sobre o assunto, 18 dos quais documentam uma relação entre o aborto e o câncer de mama⁹.

De acordo com o livro *Breast Cancer* (Câncer de mama), do Dr. Chris Kahlenborn, a mulher que realiza um aborto tem duas vezes mais probabilidade de sofrer o câncer de mama¹⁰.

Embora algumas pesquisas procurem negar a relação entre câncer de mama e o aborto, o fato é que existem inúmeros estudos e pesquisas que evidenciam o contrário¹¹.

Karen Malec, Presidente da *Coalition Abortion/Breast Cancer* (Coalizão do Câncer Aborto/Mama) comentou o estudo e indicou que “já é tempo dos cientistas admitirem publicamente o que privadamente já sabem entre eles: que o aborto incrementa os riscos de contrair câncer de mama. Também é tempo para que detenham as investigações tergiversadas para proteger os estabelecimentos médicos de julgamentos maciços contra as práticas médicas”¹².

Estatísticas disponíveis sugerem que cerca de 10 mulheres morrem todos os anos de gravidez ectópica relacionada ao aborto.

Portanto, o aborto, além de ser uma grande violência contra a vida da criança, é também contra a mulher. Ele é responsável por inúmeros traumas às mulheres que o praticam. Infelizmente a esmagadora maioria desconhece os efeitos prejudiciais psicológicos e físicos do aborto, havendo poucas informações sobre o assunto e um nítido interesse em escondê-los.

Um estudo realizado nos Estados Unidos pela Dra. Priscilla Coleman, professora de Desenvolvimento Humano e Estudos Familiares da “*Bowling Green State University*”, com 1.000 adolescentes com gravidez inesperada constatou que as adolescentes que procederam ao aborto manifestaram cinco vezes mais necessidade de ajuda psicológica do que as que tiveram seus filhos¹³. Outro estudo similar publicada em Londres no “*Journal of Child Psychiatry and Psychology*” realizado pelo psicólogo e epidemiologista David Fergusson com 1.265 mulheres,

das quais 500 engravidaram pelo menos uma vez aos 25 anos, 90 delas interromperam a gravidez através do aborto. Destas, 42 % sofreram depressão, tendências suicidas, abuso de drogas e álcool, demonstrando que é o aborto e não a gravidez que causam problemas mentais¹⁴.

Em outro estudo, Coleman observou uma relação entre abuso e maus tratos infantis 2,4 vezes maiores por mães que se submeteram a um aborto induzido na sua vida pregressa. As mulheres que abortam consomem álcool e drogas para superar trauma apresentando cinco vezes mais probabilidades de consumir drogas e álcool do que uma mulher que não abortou. Logo, ao contrário do que dizem os apologistas do aborto que é melhor para a mulher dar cabo de filhos “não desejados” ainda intra-útero, do que tê-los, o aborto acarreta em maior risco de violência para com outros filhos “desejados” que essa mulher possa vir a ter ao longo de sua vida. As evidências demonstram que o sofrimento para manter a gravidez “não desejada” é muito menor ao trauma psíquico que o aborto provoca. As incompreensões e críticas da sociedade passam, assemelham-se a um barulho produzido por uma notícia que se espalha e perde-se, mas um aborto fica gravado na história e na psique da mulher para sempre¹⁵.

Coleman realizou uma pesquisa de revisão de artigos (*Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009*) publicada no *The British Journal of Psychiatry*, relacionando o aborto com o aumento do risco de problemas mentais¹⁶.

A situação provocada pelo aborto à saúde mental é tão grave nos países onde ele foi legalizado que o *Royal College of Psychiatrists*, após afirmar que as mulheres que abortam têm maior risco de apresentar graves problemas de saúde mental como depressão profunda, alertou que a mulher deve ser comunicada para os riscos caso opte pela interrupção da gravidez.

Com esses dados caem por baixo os argumentos utilizados para justificar qualquer razão psicológica para a interrupção da gravidez, assim como também não existem justificativas médicas para a interrupção da gravidez normal.

O aborto provocado é um procedimento traumático



com repercussões gravíssimas para a saúde mental da mulher e que geralmente aparecem tardiamente.

O aborto produz um luto incluso devido à negação da ocorrência de uma morte real, mas esse aspecto é totalmente desconsiderado.

As mulheres sofrem uma perda e suas necessidades emocionais são relegadas ou escondidas. Elas não conseguem vivenciar o seu luto e lidar com a culpa. Esse processo vai gerar profundas marcas e favorecer o surgimento da Síndrome pós-aborto.

O psiquiatra Tonino Cantelmi e a psicóloga clínica Cristina Carace, responsáveis pelo Centro para Tratamento da Síndrome Pós-Aborto com sede em Roma na Itália, publicaram uma matéria chamando a atenção para o aumento dos transtornos psicológicos como repercussões do aborto provocado. Eles afirmam que os efeitos psicológicos do aborto “são extremamente variados e não parecem estar determinados pela educação recebida ou pelo credo religioso”.

Esclarecem que “A reação psicológica ao aborto espontâneo e ao aborto involuntário é diferente”; está relacionada com as características de cada um desses dois sucessos: “o aborto espontâneo é um evento imprevisto e involuntário, enquanto o IVE (aborto provocado interrompendo o desenvolvimento do embrião ou do feto e extraíndo-o do útero materno) contempla a responsabilidade consciente da mãe” e que “O vínculo mãe-feto começa imediatamente depois da concepção, também nas mulheres que projetam abortar, enquanto os processos psicológicos substantivos a esta relação precoce são inconscientes e vão além do controle consciente da mãe”¹⁷.

Aqueles que defendem o aborto afirmam que a admissão da culpa não é necessária e que se uma mulher se sente culpada é porque alguém «colocou a culpa nela», mostrando uma profunda falta de entendimento dos aspectos psicológicos envolvidos e da real complexidade do ato abortivo, que aliado ao discurso em defesa do aborto, leva a uma negação ou uma projeção desses fatores. O fato é que as próprias mulheres que se submeteram ao aborto afirmam que a culpa não foi gerada de fora para dentro, infundida nelas por outras pessoas ou pela religião, ao contrário, ela surgiu e cresceu

em seu mundo íntimo a partir do ato abortivo.

Os problemas emocionais gerados pelo aborto são tão graves, que em muitos países onde ele é legalizado, foram criadas, pelas próprias mulheres vitimadas pelo aborto, associações como a *Women Exploited by Abortion* (Mulheres Exploradas pelo Aborto) nos EUA, e a *Asociación de Víctimas del Aborto* (Associação de Vítimas do Aborto) na Espanha, que orientam e alertam sobre as conseqüências prejudiciais do aborto.

O aborto não é definitivamente uma «solução fácil» como afirmam muitos, mas um grave problema, um ato agressivo que terá repercussões contínuas na vida da mulher.

Nos estados Unidos muitas mulheres perceberam estes fatos, e formaram a Coalizão Nacional de Mulheres pela Vida (*National Women's Coalition for Life*).

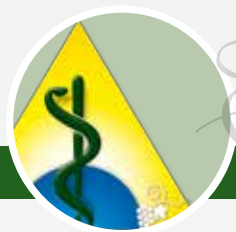
Gosto de trazer o exemplo dessas organizações femininas para refutar aqueles argumentos que dizem que para o homem é fácil ir contra o aborto. As mulheres, na verdade, são as principais vítimas e as que mais lutam contra o aborto.

Os casos relatados por essas mulheres são surpreendentes e servem de profundo alerta aos que defendem a legalização do aborto.

Um dos relatos encontrados é de Maria Esperanza Puente que abortou o seu segundo filho numa clínica espanhola e acabou desenvolvendo a síndrome pós-aborto, afirmando: “Sou porta-voz das vítimas do aborto porque sou vítima. Nunca ninguém me informou das conseqüências psicológicas que ia sofrer após abortar”.

Puente diz que embora passado tanto tempo, ainda não consegue esquecer o trauma sofrido: “As meninas mais jovens, lembro que choravam baixinho, sem fazer ruído. Ninguém comentava nada com ninguém e reinava o silêncio, quando no seu interior gritava muito forte: não quero! Mas são gritos de afogados, que não escuta nem quem está ao lado, só nós ouvimos”, relatando o que acontecia na clínica abortista. Puente entrou na sala de cirurgia para que lhe praticassem a intervenção que segundo ela foi “rápida e muito agressiva” e recorda: “o curioso é como antes do aborto não lhe deixam ver a tela da ecografia, se por acaso nos arrependemos quando





já estamos na maca, dá no mesmo... Eu estava olhando para o teto dizendo pare! Mas sem gritar. Queria sair correndo dali, mas não pude.” Maria Esperanza Puente lembra que o seu filho “foi colocado num recipiente de vidro e deixado ao lado, sendo visto, em seguida a enfermeira leva o pote. Nesse momento é como se lhe arrancassem com ele a vida”. Ao se referir à síndrome pós-aborto, Puente assegura que não consegue se perdoar e esquecer, revivendo o aborto em inúmeras situações.

Nesse período só a Associação de Vítimas do Aborto lhe prestou ajuda. “Os médicos do Estado não oferecem ajuda, o Estado não informa, os meios de comunicação manipulam. Lançam a mensagem de que abortar é liberdade, é progresso, de que não faz mal”, afirmou Puente.

Como esses existem inúmeros relatos feitos por mulheres vitimadas pelo aborto. Alguns casos são divulgados pela *Asociación de Víctimas del Aborto* (Associação de Vítimas do Aborto) da Espanha. Um deles é de Lúcia L. que ficou grávida aos 17 anos de idade e abortou quando estava com seis meses de gestação: “Não nos explicaram nada mais sobre o desenvolvimento fetal, o procedimento, a duração da operação, riscos físicos e psicológicos, só que era com anestesia geral e que era muito simples”, lembrou. O relato é estremecedor... “Não sei como meu filho morreu, se o mataram na sala de cirurgia, ou se nasceu vivo e o deixaram morrer depois, não sei”, relata. A mulher confessa que “dos 17 aos 23 anos esqueci tudo, acredito que era muito forte e minha mente bloqueou em um mecanismo de negação. Em minha casa não se voltou a falar disso, nem com meu namorado que agora é meu marido. Aos 23 anos comecei a passar mal, com ansiedade, depressão e transtornos da alimentação, mas nunca atribuí ao aborto, não reconhecia que alguém tivesse morrido naquele dia. Com essa idade eu pensava que se meu filho nascesse este era um bebê, mas que se não nascesse, não era um ser vivo ainda e não podia acreditar que um médico fosse capaz de matar alguém ou de fazer algo que te prejudicasse. Eu pensava que se pudesse fazer o aborto não podia ser errado. Lúcia relata que visitou psicólogos dos 23 anos até os 28 anos; nenhum soube me dizer o que acontecia com o pe-

sar que eu sempre contava do aborto. De repente, um dia falando com meu namorado da possibilidade de nos casarmos e sermos pais, tudo estalou: compreendi que tinham matado meu filho e que meu filho tinha morrido”¹⁸.

Os relatos de Maria Esperanza Puente e de Lúcia descrevem bem a síndrome pós-aborto. São mulheres que tentaram ignorar os efeitos do aborto e acabam provocando o surgimento tardiamente de sintomas emocionais e de difícil solução.

Entretanto, nada disso é dito às mulheres que vão abortar, sobre os muitos efeitos prejudiciais psicológicos e físicos do aborto.

Muitos dos que defendem o aborto argumentam que o aborto deveria ser uma escolha para a mulher, quando na verdade, a grande maioria das mulheres que abortam o fazem por não ter escolha, por não receberem o apoio e o auxílio necessário para manter a gravidez. Muitas delas são levadas ao aborto por falta do apoio da família, pela pressão da sociedade ou imposição do seu companheiro.

Estudos de mulheres que fizeram aborto, como por exemplo, o livro do Dr. David Reardon¹⁹ “*Aborted Women, Silent No More*”, mostram que o aborto não é uma questão de dar a mulher uma “escolha”. É, tragicamente, uma situação em que as mulheres sentiram que não tinham NENHUMA ESCOLHA, sentiram que ninguém se importava com elas e com seu bebê, dando-lhes alternativa alguma a não ser o aborto. A mulher se sente rejeitada, confusa, com medo, sozinha, incapaz de lidar com a gravidez - e, no meio disto tudo, a sociedade lhe diz, “Nós eliminaremos o seu problema eliminando o seu bebê. Faça um aborto. É seguro, fácil, e uma solução legal”. E é exatamente nesses países em que o aborto foi legalizado onde existem os maiores índices de ocorrências graves de problemas físicos e de Síndromes Pós-Aborto.

O aborto nunca será uma solução, sempre haverá pelo menos duas vítimas!

Referências

KARDEC, A. Da Lei de Liberdade, Liberdade Natural,

cap. X, questão 825. In: *O Livro dos Espíritos*. Brasília: FEB, 2006.

DEBORD, Guy. *A sociedade do espetáculo*. 4. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997

ZIMMERMANN, Z. *O Direito à Vida no Ordenamento Jurídico Brasileiro. A questão do Aborto*. Cartilha editada pela Associação Brasileira dos Magistrados Espíritos - ABRAME sd., p. 1.

KARDEC, A. *Direito de Propriedade*. Roubo, cap. XI, questão 880. In: (Ed.). *O Livro dos Espíritos*. Brasília: FEB, 2006.

SHETTLES, L.B.; RORVIK, D. Human Life Begins at Conception. In *Rites of Life: The Scientific Evidence for Life before Birth*. Grand Rapids (MI): Zondervan, 1983, p.5.

THE POST-ABORTION REVIEW, Vol. 8, No. 3, Jul.-Set. 2000 Elliot Institute, PO Box 7348, Springfield, IL 62791-7348

KOCH, A. et al. *Women’s Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007*. *Revista Digital PLOS ONE*. Published: May 4, 2012 Disponível em:

<<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0036613>> Data de acesso 04 abr. 2015

CARROLL, Patrick. A Epidemia do Câncer de Mama: Modelagem e previsões baseadas em aborto e outros fatores de risco. *Jornal de Médicos e Cirurgiões Americanos* Fall 2007 12; 3: p.72.

BRIND J, Chinchilli VM, Severs W, Summy-Long J. Relação entre aborto induzido e câncer de mama. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1998; 52: 209-211

KALHLENBORN, Chris. *Breast Cancer: Its Link to Abortion and Birth Control Pill*. OMS: Dayton, EUA, 2000

ABORTIONBREASTCANCER. *A pesquisa*. Disponível em:

< <http://www.abortionbreastcancer.ca/theresearch.htm>> Data de acesso: 04 abr.2015.

ACIDIGITAL. WASHINGTON DC, 08 Out. 2007. *Es-*

tudo revela que aborto é principal causador do câncer de mama. Disponível em: <http://www.acidigital.com/noticias/estudo-revela-que-aborto-e-principal-causador-do-cancer-de-mama-92675/> Data de acesso: 04.abr.2015. Para ver o estudo, em inglês, acesse:

<http://www.jpands.org/vol12no3/carroll.pdf>

ZENIT. WASHINGTON DC, sexta-feira, 1 de setembro de 2006. *Estudo demonstra que adolescentes que abortam têm mais problemas psicológicos*. Disponível em: <http://www.zenit.org/pt/articles/estudo-demonstra-que-adolescentes-que-abortam-tem-mais-problemas-psicologicos>. Data de acesso: 04.abr.2015.

FERGUSON, DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47: 16–24.

ACIDIGITAL. SPRINGFIELD, 25 Jan. 2006. *Mulheres que abortaram consomem álcool e drogas para superar trauma*. Disponível em: <<http://www.acidigital.com/noticias/mulheres-que-abortaram-consomem-alcool-e-drogas-para-superar-trauma-85186/>> Data de acesso 04.abr.2015

COLEMAN, PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *The British Journal of Psychiatry*. 2011. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/content/199/3/180> Data de acesso 04.abr.2015.

ZENIT. ROMA, terça-feira, 2 de outubro de 2007 (ZENIT.org). *Transtornos pós-aborto na psique da mulher são silenciados*. Disponível em: <<http://www.zenit.org/article-16303?l=portuguese>> Data de acesso: 04.abr.2015.

AVA (Asociación de Víctimas del Aborto). 1 de Novembro de 2006. *Lucía L., española: “Yo aborté con 26 semanas de embarazo en el centro de abortos El Bosque en Madrid”*. Disponível em:

<http://www.noticias.info/archivo/2006/200611/20061101/20061101_236581.shtm>. Data de acesso: 04.abr.2015.

REARDON, D. *Aborted Women: Silent No More*. Chicago: Loyola University Press, 1987.

Gilson Luis Roberto é médico, especialista em Psicologia Clínica Junguiana, Presidente da AME-Brasil, Vice-Presidente do Hospital Espírita de Porto Alegre.



O estudante de medicina e a bioética espírita

Fernando Augusto Garcia Guimarães

“A moral dos Espíritos superiores se resume, como a do Cristo, nesta máxima evangélica: Fazer aos outros o que quereríamos que os outros nos fizessem, isto é, fazer o bem e não o mal. Neste princípio encontra o homem uma regra universal de proceder, mesmo para as suas menores ações.”
(ALLAN KARDEC: O Livro do Espíritos - Introdução - Item VI)

A Bioética (ética da vida, pela origem da palavra) pode ser considerada como uma ciência que tem por objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência que podem ser racionalmente propostos, denunciar os riscos das possíveis aplicações¹. Trata-se de uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver².

Uma série de eventos na história contemporânea das ciências da saúde suscitaram questões éticas, legais e sociais que fomentaram o desenvolvimento da Bioética. As pesquisas científicas inaceitáveis realizadas em seres humanos na Segunda Guerra Mundial representam um destes eventos. Em decorrência das atrocidades praticadas, em 1947, a partir do julgamento dos responsáveis, estabelece-se o Código de Nuremberg, que institui a necessidade do consentimento informado, a ilegalidade da coerção, regulamenta a experimentação científica e defende a beneficência como um dos princípios a ser perseguido na realização de procedimentos. A Declaração de Helsinque, adotada pela 18ª Assembléia Médica

Mundial realizada em Helsinque, Finlândia, em junho de 1964, também é publicada para coibir os excessos³.

No entanto, infelizmente, abusos continuaram a ocorrer. Por exemplo, entre os anos de 1932 a 1972, realizou-se um estudo sobre a sífilis em Tuskegee, no Alabama, EUA. Neste estudo, 408 homens da raça negra, portadores da doença, foram mantidos em observação, sem receber tratamento que sabidamente reduziria a morbidade e a mortalidade, para se analisar a evolução natural desta afecção. Fica evidente a necessidade de se aprimorar instrumentos que indiquem os limites a serem respeitados e denunciem os riscos das possíveis aplicações³.

Não bastasse os atos desumanos, o desenvolvimento tecnológico coloca desafios para a reflexão da adequação de ações que envolvem o atendimento das necessidades humanas. Em 1960, Belding Hibbard Scribner, Wayne Quinton, e David Dillard inventaram um dispositivo, o shunt Scribner, e criaram o primeiro centro de hemodiálise para tratamento de portadores de insuficiência renal crônica. Entretanto, não havia equipamento suficiente para todos. Em artigo da revista *Life* de 1962,



intitulado “Eles decidem quem vive e quem morre”, conta-se a história da formação de um comitê para selecionar quais pacientes poderiam utilizar o dispositivo de Scribner. Quais critérios deveriam usar tal comitê: personalidade? financeiro? contribuição passada ou futura? dependentes familiares?⁴

Outro avanço tecnológico emblemático, que colocou na pauta a discussão da morte encefálica, foi o primeiro transplante de coração realizado em 1967 por Christian Barnard. Ele transplantou o coração de uma pessoa morta para um paciente portador de doença terminal do coração. Perguntou-se a respeito da origem do coração: o doador estava verdadeiramente morto?⁴

Credita-se a Isaac Azimov a frase: “Se o conhecimento pode criar problemas, não é através da ignorância que podemos solucioná-los.” Entre os temas em Bioética que cabe estudo e discussão, para melhor decisão, pode-se incluir o aborto, a eutanásia, a distanásia, a morte encefálica, o transplante de órgãos, a reprodução assistida, as pesquisas com células embrionárias e a engenharia genética. Neste processo deve-se aplicar os princípios de respeito à autonomia da pessoa humana, o princípio da beneficência e da não maleficência, bem como o da justiça. Não há dúvidas de que é fundamental que se tenha conhecimento de todos os aspectos que envolvem cada situação em análise.

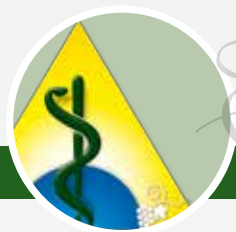
Neste contexto, em setembro de 2006, em artigo publicado no jornal “O Imortal”, o Prof. Dr. Nubor Orlando Facure, médico neurocirurgião, diretor do Instituto do Cérebro de Campinas (SP), ex-professor catedrático de

Neurocirurgia da Unicamp, escritor e expositor espírita, tratando sobre a bioética e o paradigma espírita, argumenta:

“O progresso científico nos faz crer que estamos rompendo as fronteiras do impossível e a ousadia dos cientistas parece atropelar a ficção e provocar uma rotura no mito da criação. A cada nova descoberta que nos surpreende ficamos com a impressão de que estamos indo longe demais e o sistema de frenagem parece que ficou fora do nosso alcance [...] Dissecamos a célula, recombinamos sua química, traduzimos seu código reprodutor e ousamos alterar o abecedário genético [...] Desconhecemos porém qual é a essência que produz a vida e de onde provém esta força que dá vida às células [...] Os transplantes de órgãos dão ao paciente a oportunidade de um renascer na jornada da vida [...] Estes progressos todos, porém, não conseguirão nunca solucionar o dilema da morte e do sofrimento que às vezes a antecede.”⁵ (grifo nosso)

A ciência convencional não apresenta até o momento uma definição última de vida. O Prof. Dr. Décio Iandoli Jr. apresenta, em seu livro “A reencarnação como lei biológica”, uma argumentação bem sólida do que é “vida”, sob uma óptica vitalista, proporcionando uma base racional para interpretação não só da vida como da morte, possibilitando-se, assim, incluir a reencarnação como uma hipótese científica a ser discutida⁶.

No esteio destas argumentações, buscando fornecer substratos para melhor estudo e compreensão de dilemas éticos, favorecendo a melhor decisão, a Profa. Ms.



Angélica Bogatzky Ribeiro, em dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, com o título de: “A reencarnação e sua interface com a Bioética”, compartilha da opinião de que a reencarnação pode ser uma lei biológica, o que interfere diretamente na interpretação dos Princípios e Referenciais Éticos que sustentam a Bioética. Segundo a autora:

“Dentre outros aspectos, propor a Reencarnação como Modelo Bioético contribuiria com o aprofundamento das reflexões éticas, pois priorizaria, nas questões bioéticas de toda natureza, a essência espiritual da vida e a sua dimensão inter-existencial, convidando o bioeticista a questionar, de fato, todos os aspectos da natureza humana, de forma a que nada dessa natureza passe, pelo escrutínio de sua consciência, sem ter sido plenamente avaliado.”⁷

Esta é a Bioética Espírita que reconhece a vida como um bem indisponível (uma dádiva de Deus), a existência do Espírito, sua sobrevivência após a morte do corpo físico e a reencarnação como uma lei biológica. Baseados nestes conceitos, a Bioética Espírita entende a vida como um “continuum” que está sujeito à Lei da ação e reação. Amparada nestes conceitos, a Associação Médico-Espírita, em sua carta de princípios se posiciona contra a eutanásia e a distanásia, referendando a escolha de atitudes terapêuticas que permitam a morte natural com menor sofrimento e total apoio para o paciente e a família; contra quaisquer formas de violação do direito à vida, que se inicia, do ponto de vida físico, com a fecundação e cessa na desencarnação. Por outro lado, se posiciona a favor de políticas de saúde que promovam a educação da população, visando os princípios ético-cristãos e a favor de quaisquer ações terapêuticas que, no caso de infertilidade, possibilitem ao casal a oportunidade de promover e valorizar a família.⁸

Um grande desafio se apresenta quando se pretende educar os estudantes de medicina nestas bases bioéticas. É necessário associar à formação técnica a formação filosófica e moral. Além de ensinar ao aluno o atual Código de Ética Médica, deve-se acrescentar as bases teóricas e filosóficas que compõem a Bioética Espírita.

Segundo a opinião de diversos educadores, à formação

técnica por si só já é um desafio. O ensino da ética médica deveria ser ministrado de forma transversal, em todos os períodos do curso médico. Entretanto, nas universidades brasileiras não há um significativo número de disciplinas dedicadas ao ensino da ética médica e bioética, nem docentes com funções específicas em bioética na carga horária de cada disciplina, denotando um pequeno envolvimento institucional no fortalecimento do ensino e pesquisa na área.^(9,10,11,12,13,14) Além disso, tal situação pode ser agravada pela percepção dos alunos, durante o curso de graduação, de que mais do que um discurso, o que contribui para sua formação são os exemplos dados pelos professores, os quais nem sempre são bons.¹⁵

O desafio maior repousa no objetivo de se fornecer conhecimento em espiritualidade e poder incluir a teoria da reencarnação como uma lei biológica. Em 2013, Oliveira e col., em estudo transversal da percepção de pacientes sobre a abordagem da espiritualidade realizada por profissionais da saúde aferiram que poucos pacientes já haviam sido questionados por seus médicos ou enfermeiros sobre o assunto. Argumentam que os profissionais devem buscar se aprofundar no assunto, uma vez que a maioria das universidades brasileiras não preparam seus estudantes para essa temática.¹⁶ No mesmo ano, Banin e col., em estudo que se investigou a opinião de docentes e acadêmicos de medicina a respeito da abordagem da espiritualidade no cuidado do paciente, observaram que a maioria dos participantes não recebeu treinamento necessário na utilização deste recurso.¹⁷

Uma tentativa de se suplantar esta barreira tem sido a formação de departamentos acadêmicos, vinculados ou não às Associações Médico-Espíritas. Por exemplo, em 1994 se instituiu na Faculdade de Ciências Médicas de Santos um Grupo de Estudos de Medicina e Espiritismo (GEME), formado por acadêmicos de medicina, coordenados por médicos da Associação Médico-Espírita da Baixada Santista. O grupo está ativo até hoje, atende a alunos do primeiro ao sexto ano e cumpre com objetivos semelhantes aos das Associações Médico-Espíritas, ou seja, a união dos conhecimentos científicos tradicionais com a religião, filosofia e doutrina Espírita. O primeiro presidente deste grupo, então acadêmico, foi o Dr. Flavio

Braun Fiorda. Hoje, ele é o presidente em exercício da Associação Médico-Espírita de Santos. Atualmente há departamentos acadêmicos ligados às Associações Médico-Espíritas por todo o Brasil (Departamento Acadêmico de Alagoas, Botucatu, Campinas, Marília, Ribeirão Preto, Santos, São Paulo, Uberaba, dentre outros). Muitos destes acadêmicos, ao se graduarem, têm permanecido como médicos-espíritas atuantes e profícuos.

Portanto, a educação dos estudantes de medicina, tanto nos preceitos técnicos da Bioética, quanto no Espiritismo é o que possibilitará mudança nos paradigmas que norteiam as decisões éticas. De acordo com Emmanuel, em psicografia de Francisco Cândido Xavier, no livro *Perante Jesus*: “A mocidade cristã é a primavera bendita de luz anunciando o aperfeiçoamento da Terra. Aceita, com ânimo firme, o roteiro que o Mestre Divino nos oferece...”.¹⁸

BIBLIOGRAFIA:

- JUNQUEIRA, C.R. *Bioética: conceito, fundamentação e princípios*. Disponível em http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf. Data de acesso: 19.abr.2015.
- GOLDIM, J.R. Bioética: origens e complexidade. *Rev HCPA* 2006;26(2):86-92.
- RIBEIRO, A.B. *A reencarnação e sua interface com a bioética*. 2009. 230 f. Tese (Mestrado em Bioética) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo. 2009. Disponível na URL <http://201.23.71.68/pix/text/98247.pdf>. Data de acesso: 19.abr.2015.
- PESSINI, L.; de BARCHIFONTAINE, C.P. Bioética: alguns aspectos de sua gênese e de seu desenvolvimento. In: _____. *Problemas atuais de Bioética*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007. p. 25-52.
- FACURE, N.O. A bioética e o paradigma espírita. *Jornal de divulgação espírita O Imortal*, Cambé-PR, p. 16, Setembro. 2006. Disponível na URL http://www.oconso-lador.com.br/linkfixo/oimortal/2006/Setembro_2006.pdf. Data de acesso: 19.abr.2015.
- IANDOLI JR, D. Vida. In: _____. *A reencarnação como lei biológica*. São Paulo: Editora FE, 2004. p. 39-

51.

Idem 3.

ASSOCIAÇÃO MÉDICO-ESPÍRITA DO BRASIL. *Adendo à Carta de Princípios Bioéticos da AME-Brasil*. São Paulo, 2007. Disponível na URL <http://www.amebrasil.org.br/2011/node/5?q=node/78>. Data de acesso: 19.abr.2015.

ALMEIDA, A.M. et al. Conhecimento e interesse em ética médica e bioética na graduação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008; 32(4): 437–444.

CARNEIRO, L.A. et al. O ensino da ética nos cursos de graduação da área da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010; 34(3): 412–421.

CASTRO FILHO, I. O humanismo e a tecnologia: um conflito do curso médico? *Revista Médica de Minas Gerais*. 2012; 22(4): 421-424.

DANTAS, F.; SOUZA, E.G. Ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas brasileiras: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008; 32(4): 507–517.

GOMES, A.M.A; MOURA, E.R.F; AMORIM, R.F. O lugar da ética e bioética nos currículos de formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2006; 30(2): 56–65.

PAIVA, L. M.; GUILLEM, D.; SOUSA, A.L.L. *O ensino da bioética na graduação do profissional de saúde*. Medicina (Ribeirão Preto) 2014; 47(4): 357-69.

Idem 9.

OLIVEIRA, G. R. et al. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. *Rev Bras Clin Med* 2013; 11(2):140-4.

BANIN, L.B. et al. Spirituality: do teachers and students hold the same opinion? *The Clinical Teacher* 2013; 10: 3–8.

XAVIER, F.C (pelo espírito Emmanuel) Mensagem aos jovens. In: _____. *Perante Jesus*. São Paulo: Editora Ideal, 1990. p. 15.

Fernando Augusto Guimarães Garcia é médico cirurgião do aparelho digestivo, professor universitário, membro da AME-Santos e coordenador do GEME – Grupo de Estudos de Medicina e Espiritismo – voltado para os acadêmicos da área da saúde, desde 1994.

O coma e os distúrbios da consciência

Aspectos científicos, éticos e espirituais

Carlos Roberto de Souza Oliveira

Introdução

Nos últimos anos, melhorias no atendimento ao trauma, no atendimento pré-hospitalar, na medicina de estrada, em casos de acidentes, e nos cuidados intensivos, principalmente nas técnicas de ressuscitação cardiopulmonar, levaram a um aumento considerável no número de pacientes que sobrevivem à lesões cerebrais graves. Alguns se recuperam nos primeiros dias após o acidente, enquanto outros morrem rapidamente. Determinar os cuidados e tratamentos, quanto suporte de vida oferecer, como avaliar os desejos da família e as diretrizes antecipadas do paciente (quando existir), representa um árduo conjunto de situações éticas que envolvem angústia, sofrimento e, eventualmente, ações judiciais.

Alguns pacientes, no entanto, recuperam a consciência mais lentamente, passando por diferentes estágios, antes de, total ou parcialmente, readquirirem a percepção. A consciência pode ser definida por dois componentes, a excitação e conscientização, e os distúrbios da consciência são caracterizados por uma relação perturbada entre ambos. Os principais distúrbios, ou estados de alteração da consciência, que envolvem dilemas éticos são o Coma, Estado Vegetativo Persistente (EVP), Estado de Consciência Mínima, a Síndrome do Encarceramento (*locked-in*) e Morte Encefálica.

A palavra Coma vem da palavra grega *Kōma*, que significa sono profundo. É um estado em que o indivíduo não demonstra conhecimento de si próprio e do ambiente, apresenta com sinais de ausência ou extrema diminuição do nível de alerta comportamental; não responde

aos estímulos externos e internos; e mantém-se com os olhos fechados. ¹

No Estado Vegetativo, o paciente abre e fecha os olhos, evidenciando ciclos de sono e vigília, porém, continua sem nenhuma evidência de percepção de si próprio e do ambiente, assim como não apresenta resposta proposital aos estímulos visuais, auditivos, táteis e nocivos. Após mais de um ano (nos casos de traumas) ou seis meses (outra causas), são considerados Estados Vegetativos Persistentes.

No Estado de Consciência Mínima, o indivíduo é incapaz de estabelecer comunicação eficaz, mas pode verbalizar e gesticular, alcançar e agarrar objetos, seguir objetos móveis e localizar sons. Esses pacientes podem recuperar completamente a consciência.

Na Síndrome do Encarceramento, o indivíduo apresenta paralisia dos quatro membros e de alguns pares cranianos. Esses pacientes são capazes de se comunicar por movimentos oculares, denotando preservação completa das funções cognitivas.

A Morte Encefálica é caracterizada pela perda irreversível de todos os reflexos do tronco cerebral e da demonstração de interrupção contínua da função cerebral e respiração num paciente em estado de coma persistente². Deve haver causa evidente do coma e descartados os casos de hipotermia (baixa temperatura), distúrbios de intoxicação por drogas, eletrólitos e endócrinos. A ausência de atividade elétrica cerebral por eletroencefalograma (EEG) ou a ausência de fluxo sanguíneo cerebral pode também servir como testes de confirmação.³

Os pacientes em estado de alteração da consciência apresentam sérios desafios relativos a diagnóstico, prognóstico e cuidados diários. De fato, detectar sinais de consciência não é sempre fácil, visto que, em alguns casos, podem passar despercebidos, devido aos tênues limites entre um e outro.

Componentes da Consciência

Em uma abordagem clínica, a consciência envolve dois componentes principais (Fig.1): O primeiro, Nível ou Excitação, demonstrado pelo estado de vigília e sono, é observado olhando a abertura dos olhos. Em nível neuroanatômico, a excitação é sustentada principalmente pelo tronco cerebral (região entre o cérebro e a medula espinhal), e o tálamo. O segundo componente, Conteúdo ou Conscientização, pode ser dividido em conscientização do meio ambiente e conscientização de si ⁴.

Conscientização do ambiente pode ser definida como a percepção consciente do seu ambiente por meio das modalidades sensoriais (por exemplo, percepção visual, auditiva, olfativa ou somestésica). Conscientização de si mesmo é um processo mental que não requer a mediação dos sentidos e não está relacionado a estímulos externos para manifestar-se, mas refere-se à percepção consciente, que inclui cognição, experiências do passado e do presente, intenções, bem como o conhecimento da própria história social e cultural e dos membros da família.

Para estarmos conscientes, é preciso estarmos acordados, mas, quando acordados, não necessariamente somos conscientes. Em nível clínico, a conscientização é principalmente inferida pelo comando (por exemplo, “apertar minha mão”, “fechar os olhos”). Em nível neuroanatômico, a conscientização é sustentada pelo córtex cerebral, um manto fino de massa cinzenta que cobre a superfície de cada hemisfério cerebral e, principalmente, por meio de ampla rede frontoparietal. Consciência depende da interação entre a atividade do córtex cerebral, tronco cerebral e tálamo. Quando um desses sistemas é interrompido, a consciência fica prejudicada.⁵ (Fig. 3).

A consciência não é um fenômeno de tudo ou nada, mas encontra-se num contínuo de estados. Os vários es-

tados de consciência incluem a vigília, o sono profundo e sono paradoxal (sono com sonho, ou seja, o sono REM), anestesia, coma, estado vegetativo e o estado de consciência mínima (Fig.1). As fronteiras entre esses diferentes estados nem sempre são nítidas, mas muitas vezes são transições progressivas de difícil delimitação.

Qualquer avaliação da conscientização baseada no comportamento exibido após a lesão cerebral será propensa a erro, por um número de razões. Em primeiro lugar, a incapacidade de se mover e falar é resultado frequente de lesão cerebral crônica e não implica necessariamente uma falta de conscientização. Em segundo lugar, a avaliação comportamental é altamente subjetiva: Comportamentos como sorrir e chorar são tipicamente reflexivos e automáticos, mas, em determinados contextos, podem ser os únicos meios de comunicação disponíveis para um paciente e, portanto, refletem ato volitivo de intenção. Essas dificuldades, aliadas com inadequada experiência e conhecimento gerado através da raridade relativa dessas condições complexas, contribuem para a alta taxa de alarmantes erros de diagnóstico (até 43 %) no estado vegetativo (ANDREWS, *et al.*, 1996; CHILDS, *et al.*, 1993; SCHNAKERS, *et al.*, 2006, 2009). 6

No estado de coma, ao contrário da consciência normal, há ausência de excitação e conscientização. No estado vegetativo, existe nível ou excitação, com ausência de conteúdo ou conscientização de si e do meio. Já no estado de consciência mínima, observam-se sinais flutuantes de conscientização de si e do meio. Nesses pacientes, com os exames de neuroimagem (PET e RMf) e EEG,

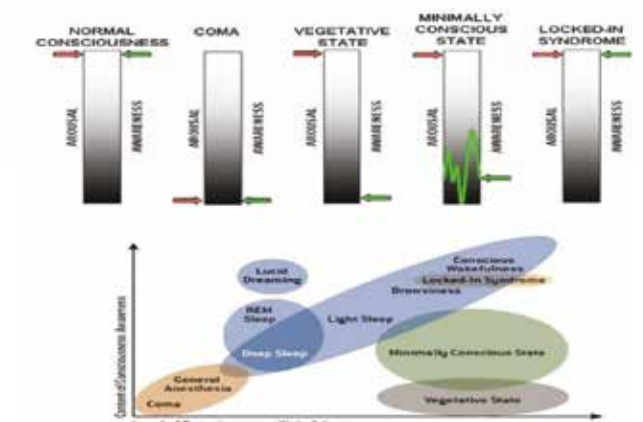


Figura 1 – Nível (eixo horizontal) e Conteúdo (eixo vertical)

é possível estabelecer uma comunicação que permita pedir diretamente se desejam continuar vivendo em sua situação atual, assim como estabelecer e intensificar novas modalidades de tratamento e acelerar sua recuperação.

Causas do Coma e Evolução da Lesão Cerebral

As principais causas ou os fatores que podem levar o indivíduo a um estado de coma são: Traumatismo crânio-encefálico (TCE), Acidente vascular cerebral (hemorrágico e isquêmico), Tumor cerebral, Infecção (encefalite, meningite), Distúrbio metabólico, Overdose de droga ou álcool, Envenenamento, Asfixia, e Coma induzido ou farmacológico, por indicação médica, a fim de diminuir o metabolismo cerebral por redução do consumo de oxigênio e glicose.

Diferentes condições podem manifestar-se após lesão cerebral aguda. Classicamente, o estado de coma dura por um ou dois dias, com recuperação rápida da consciência e, uma vez que o paciente abra os olhos, evolui para um estado vegetativo. Em seguida, pode entrar em um estado de consciência mínima, depois de mostrar algum sinal de consciência e, eventualmente, recuperar a consciência plena ou ficar em EVP. Em casos raros, a pessoa pode desenvolver síndrome locked-in, uma quase completa paralisia das respostas motoras voluntárias do organismo. (Fig. 2)

Algumas regiões do cérebro são mais importantes do que outras, para o surgimento de consciência. Em repouso, o paciente em estado vegetativo apresenta deficiência sistemática de metabolismo na rede frontoparietal, que inclui o córtex associativo polimodal (regiões pré-frontais bilaterais, a área de Broca, parietotemporal e áreas parietais posteriores e precuneus) (LAUREYS, et al., 2006a).



Figura 2

Essas regiões são essenciais para várias funções destinadas à manifestação da consciência, como a atenção, memória e linguagem (BAARS, et al., 2003). A percepção consciente também está ligada à conectividade funcional entre essa rede frontoparietal e os centros mais profundos do cérebro, como o tálamo. O estado vegetativo é caracterizado por uma disfunção metabólica dessa rede cortical generalizada mostrada em azul-escuro (Fig. 3).

Os estudos com PET (Tomografia por Emissão de Pósitrons) têm mostrado que o metabolismo cerebral global, durante o sono profundo e a anestesia geral, é reduzido em cerca da metade dos valores normais, voltando ao normal após o despertar (MAQUET, et al., 1997; ALKIRE, et al., 1999). O metabolismo cerebral de pacientes em Estado Vegetativo também é reduzido em 50 %-60 % (LAUREYS, et al., 1999; LEVY, et al., 1987). No entanto, quando o paciente se recupera clinicamente, o metabolismo cerebral nem sempre volta ao normal (Fig. 4) (LAUREYS, et al., 2000c)

Se existe uma condição em vida considerada semelhante à morte, é o estado de coma. Nesse estado, não há espaço para sentimentos, emoções, sonhos ou pensamentos. Nos últimos anos, aparelhos que flagram o cérebro em plena atividade, e proporcionam exames de neuroimagem por Ressonância Magnética funcional (RMf), EEG, além dos avanços na compreensão do funcionamento cerebral, **vêm revolucionando os conhecimentos sobre o coma. Hoje**, a maioria das pessoas consegue sair do estado de vazio absoluto, fato que abre a possibilidade de recuperação de pacientes em estado vegetativo.

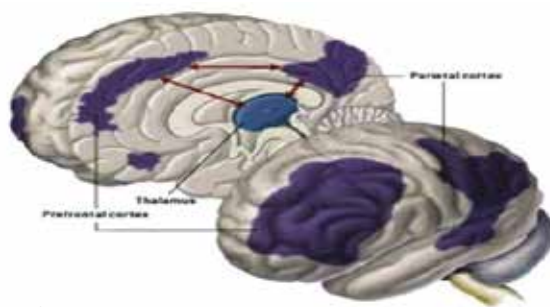


Figura 3

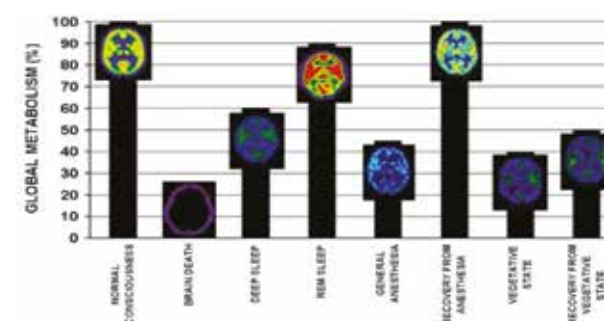


Figura 4 - Metabolismo cerebral global em vários estados
Fonte: Adaptado de Laureys, et al., 2004a

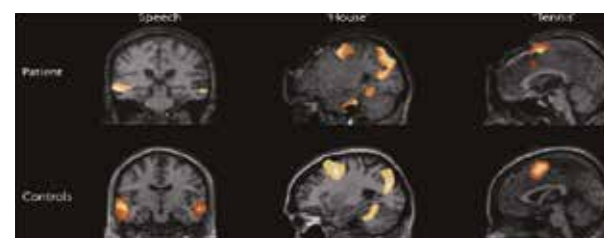


Figura 5 -
Fonte: Nature Reviews

Um estudo, publicado recentemente na revista científica americana *The New England Journal of Medicine*, trouxe impressionante notícia. Sob a coordenação do neurocientista Adrian Owen, da Universidade de Cambridge, pesquisadores ingleses e belgas, esses últimos da Universidade de Liège, testemunharam a reação de um rapaz de 22 anos, em estado vegetativo, a estímulos verbais, demonstrando que pessoas em EVP podem estar conscientes e evoluir para um Estado de Consciência Mínima.⁷ Também pediu-se a uma paciente de 23 anos, em EVP, que se imaginasse fazendo diversas tarefas, como jogar tênis e caminhar pelos cômodos de sua casa. Enquanto isso, seu cérebro era analisado por meio da técnica de RMf. Os resultados mostraram imagens comparáveis às de pessoas saudáveis, que compreendem os comandos e decidem obedecer ou não.

Os pesquisadores acreditam que não apenas a paciente manteve suas funções, apesar do diagnóstico de estado vegetativo, como também foi capaz de demonstrar sua intenção de colaborar com a pesquisa e imaginar as cenas pedidas (Fig. 5). Dilemas éticos surgem, nessas horas. Afinal, uma pessoa com dano cerebral grave está morta e apenas seus órgãos funcionam, ou está viva e não consegue se manifestar? E como é possível diferen-

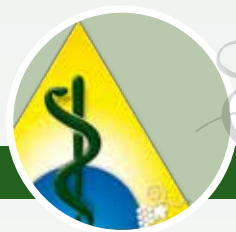
ciar os estados?

Esses pacientes poderiam, principalmente por meio do estímulo à neuroplasticidade cerebral, recuperar completamente a consciência.⁸ O uso de RMf e EEG para detectar consciência e começar a comunicação com alguns pacientes sem outra forma de reatividade, abre caminho no futuro para o desenvolvimento de verdadeiras interfaces cérebro-computador, que transmitiriam pensamentos do paciente ao mundo externo.⁹

Aspectos Espirituais

Os aspectos espirituais relacionados ao coma e a outros distúrbios da consciência estão vinculados a vários fatores: lei de causa e efeito; natureza da morte e da desencarnação; processo saúde e doença; circunstâncias relacionadas com a terminalidade da vida, a finalidade do sofrimento em nossas vidas e o nível de evolução do Espírito. Perguntado ao Espírito André Luiz, no livro *Evolução em Dois Mundos*, onde, no estado comatoso, se encontra o psicossoma do enfermo, se junto ao corpo ou afastado dele, André Luiz esclarece que: “No estado de coma, o aprisionamento do corpo espiritual ao arcabouço físico, ou a parcial liberação dele, depende da **situação mental** dele”.¹⁰ Portanto, é o nível de evolução espiritual, com as provas e expiações que o Espírito precisa enfrentar, refletindo suas necessidades educativas e evolutivas, que determina sua posição mental na vida e, por sua vez, o manterá preso ou liberto parcialmente do corpo físico.

Emmanuel, guia espiritual do médium Francisco Cândido Xavier, afirma que “as longas moléstias são abençoados cursos preparatórios para que nos libertemos de muitos caprichos e muitos hábitos que pertencem à vida física, mas sem significação na vida maior”¹¹, uma vez que “não nos adianta solicitar a morte prematura, a pretexto de sermos fracos para carregar os benefícios do sofrimento, porque **deixar o trabalho, antes de completá-lo, nada mais seria que agravar os problemas próprios**, porquanto, chegaremos sempre à convicção de que a morte não existe como sendo o fim de nossas preocupações e responsabilidades”.¹²



Qual o Papel da Família?

O que a família pode fazer, nesses casos? Muito. A família tem importância fundamental na recuperação dos pacientes com alterações no nível de consciência. Pode oferecer apoio nos cuidados básicos; conforto e carinho; solidariedade; estímulo à comunicação; visitas frequentes e muito Amor. Indiscutivelmente, a maioria dos familiares de pacientes em estado de coma atravessa esse momento com muita angústia, preocupação e sofrimento.

Estudo quantitativo realizado com 39 famílias sobre as necessidades familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), conclui que “89,7% desejavam ter certeza que o paciente estava recebendo o melhor tratamento; 84,6% queriam saber fatos concretos sobre o progresso do paciente; 79,5% gostariam de conversar com os médicos todos os dias; e 56,4% desejavam ter um toailete e um telefone próximo à sala de espera”.¹³ Estudos demonstram que o contato verbal, como conversar com os pacientes nesse estado, chamá-los pelo nome, ajudá-los a acreditar na vida, trazer notícias dos familiares, encorajar o paciente a ter alguma reação, valorizando as pequenas coisas, acelera a sua recuperação.¹⁴

Embora existam dúvidas, em relação aos pacientes em estado de coma, se escutam ou não, e estas aparecem nas falas dos sujeitos, quando referem não saber quanto o familiar do paciente compreende. Entretanto, estudo realizado com pessoas que vivenciaram o coma relata que “sentiam dor, mas não podiam falar, escutavam tudo o que estava acontecendo ao seu redor, sentiam as picadas da agulha, outros o choque do desfibrilador e havia aqueles que percebiam quando eram movimentados”¹⁵.

Consideramos que, diante desses dados, é importante que os familiares e profissionais de saúde mantenham algum contato verbal, mesmo com o paciente inconsciente. Outros autores reconhecem ser a audição, no estado de coma, um assunto questionável; porém, a ideia da audição ser o último sentido a ser perdido, é apoiada nos depoimentos de pessoas que retornaram desse estado e relataram o que ouviam.¹⁶

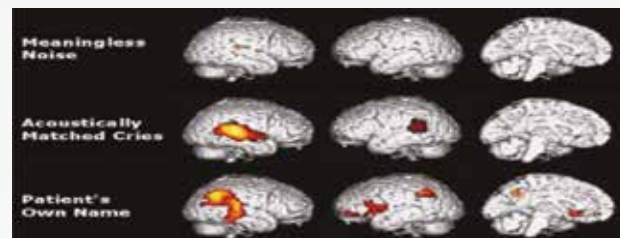


Figura 6 -
Fonte: Neuropsychol Rehabil

Exames de neuroimagem demonstram que o estímulo auditivo com conteúdo emocional ativa regiões específicas do cérebro, principalmente ao ouvir o próprio nome, em comparação com gritos e ruídos inespecíficos, demonstrando especificação na percepção sonora.¹⁷ (Fig. 6) Da mesma forma, o contato não verbal, como o toque e carinho, tanto dos profissionais como familiares, pode alterar o ritmo cardíaco dos pacientes, diminuindo-o, principalmente quando seguram sua mão.¹⁸

Por último, a espiritualidade surge como importante fator, tanto para os pacientes como para os familiares. Estes, por meio de suas crenças e Fé em Deus, buscam forças para melhor compreender a situação e encontrar uma forma de superar e estabelecer uma expectativa de melhora do quadro, emergindo a **esperança**, não só como cura, mas também como forma de adaptação ante esses momentos de dor, angústia e sofrimento.

Ao enfrentar essas situações aflitivas da vida, a mensagem de Amor que Jesus legou para humanidade, quando disse “vinde a mim todos vós que estais cansados e aflitos, e Eu vos aliviarei”, hoje ampliada pela revelação espírita, aumenta nossas esperanças ao proporcionar esclarecimentos sobre a finalidade educativa da dor e do sofrimento. Na palavra do instrutor espiritual Druso, “a dor é ingrediente dos mais importantes na economia da vida em expansão”, existindo a “dor-expição, que vem de dentro para fora, marcando a criatura no caminho dos séculos, detendo-a em complicados labirintos de aflição, para regenerá-la, perante a Justiça [...]”¹⁹.

Esse pensamento é fortalecido pelo benfeitor espiritual Emmanuel ao esclarecer que “o sofrimento não

é o fim, é uma ponte no meio do caminho, dizendo ao espírito que a vida continua”²⁰. Muitas vezes, continua o benfeitor, perder algo de valor em mudanças impostas pelo sofrimento, é o jeito de encontrar algo de mais precioso no caminho. Afinal, viver as experiências que a vida nos oferece torna-se obrigatório para todos nós; sofrer com elas ou desfrutá-las extraindo lições preciosas, é opcional. Portanto, é fundamental, nessas horas, ter algum conteúdo de espiritualidade em nossa vida, a fim de diminuir as angústias do momento e fortalecer em nossas mentes e corações a certeza da imortalidade da alma e a continuação da vida após a morte.

Referências

- 1 - RABELLO, G.D. Coma e estados alterados de consciência. In: Nitrini R; Bacheschi, LA. *A neurologia que todo médico deve saber*. São Paulo: Atheneu. p. 143-69.
- 2 - LAUREY, S.; FINS, J.J. Are we equal in death? Avoiding diagnostic error in brain death. *Neurology* 2008. 70(4):e14-e15.
- 3 - LAUREY, S.; OWEN, A.M.; SCHIFF, N.D. Brain function in coma, vegetative state, and related disorders. *Lancet Neurol* 2004 3(9): p. 537-546.
- 4 - ZEMAN, A. Consciousness. *Brain* 2001. v124(Pt 7): p. 1263-1289.
- 5 - LAUREY, S., FAYMONVILLE, M.E.; LUXEN, A. et al Restoration of thalamocortical connectivity after recovery from persistent vegetative state. *Lancet* 200. v355(9217): p. 1790-1791.
- 6 - OWEN, A.M *Detecting Consciousness: A Unique Role for Neuroimaging*, Adrian M. Owen, Annu. Rev. Psychol. 2013. 64: p. 109-33.
- 7 - Monti MM, Vanhaudenhuyse A, Coleman MR, Boly M, Pickard JD, Tshibanda L, OWEN, A.M, LAUREY S (2010, feb 18) *Willful modulation of brain activity in disorders of consciousness*. N Engl J Med, 362(7):579–89. Epub 2010 Feb 3.
- 8 - VOSS, H.U.; ULUC, A.M.; DYKE, J.P. et al Possible axonal regrowth in late recovery from the minimally conscious state. *J Clin Invest* 2006. 116(7): p. 2005-2011.

9 - OWEN, A.M *Detecting Consciousness: A Unique Role for Neuroimaging*, Adrian M. Owen, Annu. Rev. Psychol. 2013. 64:109-33.

10 - VIEIRA W, (espírito André Luiz) (1983). Células e corpo espiritual. In: Xavier FC, Vieira W, (espírito André Luiz). *Evolução em dois mundos*. 7. ed. Rio de Janeiro: FEB; Capítulo XIX; p.215.

11 - XAVIER, F.C. *Entrevistas*, p. 26.

12 - XAVIER, F.C. *Lições de Sabedoria*, p. 126

13 - MARUITI, M.R.; GALDEANO, L.E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm*. 2007. 20(1): p. 37-43.

14 - PUGINNA, A.C.G.; SILVA, M.J.P.; ARAÚJO, M.T. Mensagens dos familiares de pacientes em estado de coma: a esperança como elemento comum. *Rev Acta Paul Enferm*.2008. 21(2): p. 249-55.

15 - PRATES. T.S.; STUMM, E.M.F; LORO, M.M.; UBESSI, L.D. Familiares de pacientes que vivenciaram o coma e o retorno à vida. *Cad Bras Saúde Mental*. 2011.2(4-5): p. 138-58

16 - PUGINNA, A.C.G.; SILVA, M.J.P.; GATTI, M.F.Z.; GRAZIANO, K.U; KIMURA, M. A percepção auditiva nos pacientes em estado de coma: uma revisão bibliográfica. *Rev Acta Paul Enferm*. 18(3): p. 313

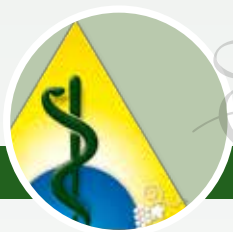
17 - BOLY, M.; FAYMONVILLE, M.E.; PEIGNEUX, P et al. Cerebral processing of auditory and noxious stimuli in severely brain injured patients: differences between VS and MCS. *Neuropsychol Rehabil* 2005. 15(3-4): p. 283–289

18 - ZINN, G.R.;SILVA, M.J.P.; TELLES, S.C.R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. *Rev Latinoam Enferm*. 2003. 11(3): p. 326-32.

19 - XAVIER, F.C. (espírito André Luiz) *Ação e reação*, cap. 19, pag. 261, 12. ed., Rio de Janeiro: FEB.

20 - XAVIER, F.C(espírito Emmanuel). *O consolador*, pergunta 239, 16. ed, Rio de Janeiro: FEB.

CARLOS ROBERTO DE SOUZA OLIVEIRA: Médico com especialização em Anestesiologia. Pós-graduação em Medicina do Trabalho e Acupuntura. Membro ativo da Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Fundador e presidente da Associação Médico-Espírita de Campina Grande/PB. Membro do Comitê de Ética da AME-Brasil



Testamento vital

José Roberto Pereira Santos

Buscai primeiramente o reino de Deus e a sua justiça, que todas essas coisas vos serão dadas de acréscimo. - Assim, pois, não vos ponhais inquietos pelo dia de amanhã, porquanto o amanhã cuidará de si. A cada dia basta o seu mal
(S. Mateus, cap. VI, vv. 19 a 21 e 25 a 34).

O que é o Testamento Vital

Documento redigido por uma pessoa no pleno gozo de suas faculdades mentais, com o objetivo de dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos aos quais deseja ou não ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas e impossibilitado de manifestar livremente sua vontade.¹

O termo *living will* (testamento em vida), do qual surgiu a tradução portuguesa testamento vital, foi proposto pela primeira vez por Luis Kutner, um advogado americano, em artigo publicado no jornal *Indiana Law*, em 1969.²

Segundo Lippman: “É uma declaração escrita da vontade de um paciente quanto aos tratamentos aos quais ele não deseja ser submetido caso esteja impossibilitado de se manifestar”.³

Também conhecido como decisão antecipada de cuidados de saúde, decisão pessoal, ou diretiva antecipada, é um documento legal em que uma pessoa especifica quais ações devem ser tomadas para a sua saúde, se ela já não é capaz de tomar decisões, por si própria, por motivo de doença ou incapacidade.

Nos Estados Unidos da América (EUA) já tem valor legal, por si só, enquanto que, em alguns países, é aceito, mas sem se constituir em documento legal. A Lei da Autodeterminação do Paciente (PSDA), nos EUA, entrou em

vigor em dezembro de 1991 e exigiu que os prestadores de cuidados de saúde (hospital, asilo e *home care*) forneçam aos pacientes informações sobre seus direitos de propor diretivas antecipadas sob a ótica legal.^{4,5}

Países em que a eutanásia é legalizada, como Holanda e Bélgica, o paciente pode incluir a eutanásia em seu testamento vital e os profissionais de saúde estão livres para cumprir essa vontade.

No Brasil, o médico só estará liberado a cumprir o testamento vital se estiver de acordo com a legislação brasileira e os preceitos do Código de Ética Médica, razão pela qual o testamento vital está condicionado à ortotanásia.

O testamento vital dispensa advogado ou qualquer outra formalidade. Para que seja válido, ele deve ser escrito à mão, ou digitado, e assinado pela pessoa, sem quaisquer rasuras. Recomenda-se a assinatura de mais três testemunhas e o registro em cartório.

O testador vital, ou seja, a pessoa designada como procuradora do testamento vital, não deverá ser parente ou ter qualquer vínculo de benefício proveniente de herança material do paciente, para evitar conflito de interesses.

Por que fazer o Testamento Vital

Muitas pessoas têm medo do sofrimento que pode-

ão vivenciar em situações graves de saúde. Consideram que se estiverem inconscientes poderão ser condenadas a uma morte lenta e com muito sofrimento.

O desejo do paciente, explicitado em documento, enquanto em vida saudável, garantirá uma decisão mais fácil, tranquila e harmônica para a família, nas situações de doença grave e inconsciência, quando o indivíduo não poderá mais se expressar; pois essa decisão prévia já será de conhecimento de todos.

Com o progresso constante da tecnologia na área médica e dos tratamentos intensivos, hoje, cada vez mais um número maior de pacientes sobrevivem a doenças crônicas e situações clínicas graves, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, mas em condições de total dependência de outrem.

A intervenção médica agressiva faz com que aproximadamente 2 milhões de americanos vivam, hoje, confinados em asilos, e mais de 1,4 milhão deles estão tão comprometidos que sobrevivem apenas com o uso de sondas de alimentação^{6,7}. Cerca de 30 mil pessoas são mantidas vivas em estado de coma vegetativo persistente^{8,9}. Os custos para a manutenção desses pacientes são consideráveis. Um estudo nacional americano constatou que: “Em 20% dos casos, um membro da família teve que

parar de trabalhar; 31% perderam tudo ou a maioria das economias e 20% relatam perda de grande parte da renda”.¹⁰

Estudos indicam que entre 70% e 95% dos americanos preferem recusar um tratamento médico agressivo a ter as suas vidas prolongadas, em estados de inconsciência e sem prognóstico positivo.¹¹

Paciente Terminal

Cabe uma discussão sobre o conceito do termo paciente terminal para evitar confusões entre juristas, médicos e a própria sociedade, pois cada um o interpreta da maneira que melhor lhe convém. Vemos vários artigos de médicos e juristas incluindo como pacientes terminais aqueles portadores de doenças crônicas degenerativas e outras de curso prolongado, como: demências, doença de Parkinson; pacientes em coma; pacientes paraplégicos, acamados ou com deficiência mental.

Vejamos alguns conceitos de paciente terminal:

*“É aquele que vai morrer num período relativamente curto de tempo, de 3 a 6 meses, independentemente das ações médicas que são colocadas em prática.”*¹²





“Existe um determinado momento na evolução de uma doença que, mesmo que se disponha de todos os recursos, **o paciente não é mais salvável, ou seja, está em processo de morte inevitável.** Este conceito não abrange apenas a potencialidade de cura ou reversibilidade de uma função orgânica atingida, mesmo tratando-se de órgão nobre. Refere-se àquele momento em que as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida, mas apenas prolongam o processo lento de morrer. A terapêutica, neste caso, torna-se fútil ou pressupõe sofrimento. Neste momento, a morte não mais é vista como um inimigo a ser temido e combatido, muito pelo contrário, deve ser bem-vinda e recebida como um amigo que trará alívio aos sofrimentos (destaque nosso).”¹³

“É aquele que, na evolução da doença, não mais responde a nenhuma medida terapêutica conhecida e aplicada, sem condições de cura ou prolongamento da sobrevivência, necessitando apenas de cuidados que lhe facultem o máximo conforto e bem estar (destaque nosso).”¹⁴

Todas essas definições, de diferentes e renomados estudiosos do assunto, definem o paciente terminal como aquele que sofre de uma doença incurável, cuja condição clínica já não responde a qualquer tratamento e sua vida

está em processo irreversível de extinção em curto espaço de tempo.

O conhecimento da definição de paciente terminal é de suma importância para a análise e compreensão da aplicabilidade ou não do testamento vital no Brasil.

Avaliação à Luz da Ética Médica

O Código de Ética Médica, em seu artigo 41, se posiciona favorável à ortotanásia, que é a busca por uma morte natural, no tempo certo, evitando-se a distanásia. Incluem-se nessa situação apenas os pacientes em estado terminal.

Art. 41. É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de **doença incurável e terminal**, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (destaque nosso).

Mesmo na recente Resolução CFM 1.995/2012, sobre testamento vital (diretivas antecipadas), o Conselho Federal de Medicina (CFM) mantém a condição de paciente terminal.

O CFM, considerando que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que pro-

longam o sofrimento do **paciente em estado terminal**, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo;

RESOLVE:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico (destaques do autor).

As controvérsias em relação ao testamento vital são basicamente centradas nos conceitos e na sua aplicação, que são diferentes na visão de médicos e de juristas. Vejamos o que diz alguns juristas:

“O Testamento Vital é um documento, redigido por uma pessoa no pleno gozo de suas faculdades mentais, com o objetivo de dispor acerca dos tratamentos e não tratamentos a que deseja se submetida **quando estiver diante de um diagnóstico de doença terminal** e impossibilitado de manifestar sua vontade. É importante que este documento seja redigido com a ajuda de um médico de confiança do paciente. Ademais, ressalte-se que as disposições, para serem válidas no Brasil apenas podem versar sobre interrupção ou suspensão de tratamentos extraordinários, que visam apenas prolongar a vida do paciente (destaques nosso).”¹⁵

O Testamento Vital, também denominado Documento de Vontades Antecipadas, é um instrumento jurídico no qual os indivíduos capazes para tal, em sã consciência, expressem sua vontade acerca das atenções médicas que deseja receber, ou não, no caso de padecer de **uma enfermidade irreversível ou terminal** que lhe haja conduzido a um estado em que seja impossível expressar-se por si mesmo (destaques nossos).”¹⁶

Há uma diferença fundamental entre essas duas definições, visto que, na primeira, **o testamento vital** aplica-se sobre uma condição de doença terminal, como definido nas diretivas antecipadas do CFM e, na segunda, inclui doenças irreversíveis, o que gera ampla variedade de interpretações e conclusões.

No Brasil, não se admite a eutanásia. Assim sendo, não é possível aceitar a declaração de não receber tratamentos, ou seja, o testamento vital, quando o paciente não se encontra em situação terminal. Fora disso, outra situação qualquer se caracteriza como eutanásia, mesmo com o desejo manifestado previamente pelo paciente ou por seus responsáveis legais.

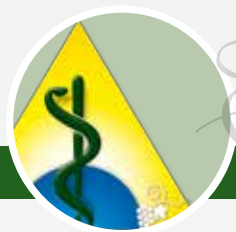
Ressalte-se que não se tratando de situação de doença grave e incurável, os profissionais da saúde devem respeitar a autonomia e vontade do paciente em relação às condutas terapêuticas propostas, com o cuidado de registrar e formalizar as escolhas dos seus pacientes, salvo em casos de iminente risco de morte, conforme disposto no artigo 31 do Código de Ética Médica, quando determina ser vedado ao médico: “*Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte*”.

Não há que se confundir ou vislumbrar contradição entre esse dispositivo e os dispositivos antes citados. O artigo 41 trata dos pacientes que estão em fase terminal, com doenças graves e incuráveis, enquanto o artigo 31 trata de pacientes com plenas condições de obter vantagem terapêutica do tratamento proposto.

Assim sendo, havendo risco iminente de morte e possibilidade de vantagem terapêutica, o profissional médico deverá prestar o atendimento adequado ao paciente, ainda que este tenha manifestado entendimento contrário, diante do risco de configuração de eutanásia, vedada pela legislação vigente.

O testamento vital, na condição apresentada hoje, é um documento confuso, que permite várias interpretações. Como o CFM já orienta a conduta dos médicos relacionada ao paciente terminal, a existência de um testamento vital, para o profissional médico, carece de sentido.





Visão da Doutrina Espírita

O fato de preocupar-nos em como vai ser a nossa morte, ou se vamos ou não sofrer quando adoermos, indica falta de fé. A fé caracteriza-se pela confiança na Providência Divina. Deus a todos provê os meios necessários para sua existência, em cada encarnação. As dificuldades que enfrentamos em nossa caminhada terrena dependem de nossos débitos pretéritos ou de nossas escolhas atuais.

“A verdadeira fé se conjuga à humildade; aquele que a possui deposita mais confiança em Deus do que em si próprio, por saber que, simples instrumento da vontade divina, nada pode sem Deus. Por essa razão é que os bons Espíritos lhe vêm em auxílio. A presunção é menos fé do que orgulho, e o orgulho é sempre castigado, cedo ou tarde, pela decepção e pelos malogros que lhe são infligidos.”¹⁷

Na pessoa materialista, centrada nas posses, que dá maior valor ao ter, a fé encontra-se sustentada nos valores pessoais, que são efêmeros. Para essa pessoa, o futuro será cheio de incertezas, principalmente quando se deparar com as dificuldades da dor e do sofrimento.

Naquela, no entanto, que já admite em si a espiritualidade, que crê em um sentido para a vida e na existência de vida após a morte, sabe que seu futuro depende da ação de sua vontade e de suas realizações atuais. Não se prenderá aos medos dos desafios a enfrentar.

Por força disso, as ações dessas duas pessoas apresentarão as marcas da diferença que as caracteriza.

A primeira deixará transparecer sua preocupação consigo mesmo; suas necessidades deverão ser satisfeitas em primeiro lugar; o egoísmo, a inveja, a vaidade falarão mais fortemente porque o amanhã para ela será uma incógnita e talvez não venha a desfrutar do que lhe é tão importante: Ser feliz aqui e agora.

A segunda, consciente de um futuro, encontrará forças em todo o bem que praticar, para ultrapassar as dificuldades que a caminhada terrena se lhe apresentar, dificultando seus passos. Sua existência será marcada por atos de virtudes: gentileza, nobreza de

caráter, de caridade e abnegação. Sua confiança será marcada por seu grau de espiritualização.

“O homem carnal, mais preso à vida corpórea do que à vida espiritual, tem, na Terra, penas e gozos materiais. Sua felicidade consiste na satisfação fugaz de todos os seus desejos. Sua alma, constantemente preocupada e angustiada pelas vicissitudes da vida, se conserva numa ansiedade e numa tortura perpétuas. A morte o assusta, porque ele duvida do futuro e porque tem de deixar no mundo todas as suas afeições e esperanças.

O homem moral, que se colocou acima das necessidades factícias criadas pelas paixões, já neste mundo experimenta gozos que o homem material desconhece. A moderação de seus desejos lhe dá ao Espírito calma e serenidade. Ditoso pelo bem que faz, não há para ele decepções e as contrariedades lhe deslizam por sobre a alma, sem nenhuma impressão dolorosa deixarem.”¹⁸

O testamento vital, portanto, é uma proposta que segue um modelo utilitarista e hedonista, em que a dor e o sofrimento são vistos como algo a ser evitado e não enfrentado. A vida é dirigida no sentido do prazer fácil e imediato e pode ser descartada quando tais objetivos não possam mais ser alcançados.

Não se trata, portanto, de buscar uma morte digna, pois a dignidade significa um propósito e um sentido para a vida. Digno é quem enfrenta o sofrimento sem precisar buscar a morte para evitá-lo.

A vida não se constitui só de alegrias e realizações, mas também de dificuldades, dores e sofrimentos. O sentido da vida é a própria vida.

Não podemos permitir, no Brasil, o que vem ocorrendo em outros países, nos quais esses documentos permitem que pacientes em coma tenham a sua vida encerrada por falta de cuidados básicos, como a interrupção da nutrição e hidratação, em nome de uma morte digna. Acreditamos que tal ato caracteriza um assassinato, pois hidratação e nutrição não são atos médicos.

Nós, médicos espíritas, somos contra o testamento vital. Somos favoráveis à ortotanásia ou morte natural

(entendida quando o paciente encontra-se em estado terminal). Somos favoráveis aos cuidados paliativos. Entendemos que o testamento vital é uma medida utilitarista e egoísta, que representa falta de fé na Providência Divina. Não nos é lícito definir como ou quando vamos morrer, ou se nossa morte vai ser sofrida ou não. Não podemos dispor da nossa vida, pois é um bem indisponível que só a Deus pertence. As dores e os sofrimentos são decorrentes dos nossos atos (lei da ação e reação) e a melhor maneira de termos uma morte digna é viver dignamente, seguindo os exemplos de Jesus.

O médico deve fazer todos os esforços possíveis para preservar a vida e aliviar o sofrimento dos pacientes. Não cabe a essa nobre função omitir tratamento que vai levar à morte, independentemente da vontade do paciente. Muitas vezes, o paciente, em momentos de dor e sofrimento, vem a descobrir novos valores e encontrar um sentido para a vida, o que pode alterar sua atitude e a vontade manifestada anos atrás.

“É belo, consolador e doce poder caminhar na vida, a fronte erguida para os céus, sabendo que, mesmo nas tormentas, no meio das provas mais cruéis, no fundo dos cárceres como na beira dos abismos, uma Providência, uma lei divina plana sobre nós, rege nossos atos; que de nossas lutas, de nossas torturas, de nossas lágrimas, ela faz sair nossa própria glória e nossa felicidade. É nesse pensamento que está toda a força do HOMEM DE BEM.”¹⁹

Referências

- 1 - Disponível em: <<http://testamentovital.com.br/o-que-e-o-testamento-vital/>>.
- 2 - KUTNER, L. *The Livin Will*: a Proposal. *Indiana Law Journal*, 44 (1), p. 539–554.
- 3 - LIPPMAN, E. *Testamento Vital*. São Paulo: Matrix, 2013.
- 4 - Patient Self-Determination Act U.S.C.A. 1395cc & 1396a, 4206-4207, 4751, Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990, P.L.:b 101-508 (101ST Cong. 2nd Sess. Nov. 5, 1990) (West Supp., 1991).
- 5 - DOCKER, C. *Advance Directives/Living Wills*. In: Mclean SAM, *Contemporary issues in law, medicine*

and ethics. Dartmouth. 1996 p.182.

6 - WIKKES, J.L. *Nursing Home Nightmares*. USA Today. 1996. August 20. 11A.

7 - US Congress, Office of Technology Assessment. *Life-Sustaining Technologies and the Elderly*. OTA-BA-306. Washington, DC: US Gov't Printing Office. July, 1987.

8 - American Academy of Neurology. Practice Parameters: Assessment and Management of Patients in the Persistent Vegetative State: Summary Statement. *Neurology*. 1995;45(5):1015-1018.

9 - COVINSKY, K.E.; GOLDMAN, L.; COOK, E.F. *et al*. The Impact of Serious Illness on Patient's Families. *Journal of the American Medical Association*. 1994. 272(23). p. 1839-1844.

10 - HEAP, M.J. *et al*. Elderly patients' preferences concerning life support treatment. *Anaesthesia*. 1993. 48. p. 1027-1033.

11 - Patrick DL *et al*. Measuring Preferences for Health States Worse Than Death. *Medical Decision-Making*. 14. p. 9-19.

12 - GOLDIN, J.R. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/pacterm.htm>>.

13 - PIVA JP. *Considerações Éticas nos Cuidados Médicos do Paciente Terminal*. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/eutanasia1.htm>>.

14 - FRANÇA, G.V.F. *Direito Médico*. 5. ed. Fundo Editorial BYC, 1992. Cap. XIX.

15 - DADALTO, L. *Testamento Vital*. Lumen Juris, 2010.

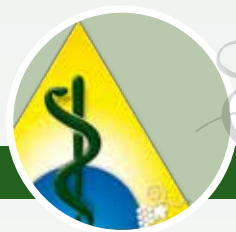
16 - BETANCOR, J.T.. *El Testamento Vital*. Eguzkilore, San Sebastián, n. 9, p. 100, dic.

17 - KARDEC, A. *O Evangelho Segundo o Espiritismo*. 112. ed. Brasília: FEB, 1996. p. 299-300.

18 - KARDEC, A. *O Livro dos Espíritos*. 76. ed. Brasília: FEB, 1995. p. 438. Questão 941.

19 - DENIS, L. *Depois da Morte*. 11. ed. Rio de Janeiro: FEB, 1978. p. 127.

JOSÉ ROBERTO PEREIRA SANTOS: Médico com especialização em Medicina Interna, Reumatologia e Medicina Intensiva. Diretor Científico da AMEES. Membro da Comissão de Bioética da AME-Brasil. Presidente da Sociedade de Reumatologia do Estado do Espírito Santo. Ex Vice-Presidente do CRM-ES. Coordenador Médico da UTI adulto do Vila Velha Hospital - Vila Velha - ES



Eutanásia, distanásia e ortotanásia

José Roberto Pereira Santos

“Ao abrir a porta para a eutanásia de menores, corre-se o perigo de estendê-la às pessoas com deficiência, dementes, doentes mentais, e inclusive aos que estão cansados de viver (...), de mudar o sentido da vida humana e conceder o valor de humanidade somente aos que são capazes de reconhecer a dignidade da sua própria vida. Introduz-se, portanto, a dúvida sobre o valor de algumas vidas humanas”.¹

A morte sempre foi encarada como um desafio para o homem, mesmo com a certeza absoluta da sua ocorrência; principalmente para os materialistas, que não creem em nenhuma realidade no pós-túmulo. O homem que se preocupa tanto em ter, direcionando o objetivo de sua vida para o poder, a posse, o prestígio e prazer, passa a desenvolver reações psicológicas graves, pelo temor da morte.

Vitimado por doença incurável ou condição mórbida incapacitante que lhe tira a possibilidade dos gozos a que se havia habituado em seu estilo de vida, a pessoa reage com desespero, muitas vezes indo à procura da própria morte através do suicídio, encurtando o tempo de enfrentamento daquele sofrimento.

A sociedade, regida pelo mesmo apego ao ter, vê naquele indivíduo, moribundo ou inválido, um estorvo, que pode muito bem ser descartado, pois deixa de “produzir”, perdendo o lugar e a importância que detinha naquele círculo de vida.

Essa relação do homem com a morte, o medo do confronto com as doenças incuráveis, sempre despertou na humanidade o desejo pela busca de uma solução menos

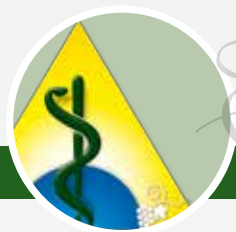
“aflictiva”, ou seja, a boa morte.

O termo eutanásia foi introduzido na literatura pelo médico, político e filósofo inglês Francis Bacon, em 1623, na obra *Historia Vitae et Mortis*, e vem do grego *eu* (bom) e *thanatos* (morte). Segundo Bacon: “No tratamento adequado para os doentes incuráveis, os médicos deveriam possuir a habilidade necessária para dulcificar com suas mãos os sofrimentos e a agonia da morte”.

O dicionário Aurélio conceitua eutanásia como: “Morte serena, sem sofrimento, ou a prática pela qual se busca abreviar, sem dor ou sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável”.² Na definição do jurista Hélio Gomes, “É o direito que se pretende conferir a uma junta médica de dar a morte suave aos doentes que sofram dores insuportáveis, estejam atacados de doença incurável e o desejem ou solicitem”.³

Quanto ao tipo de ação, a eutanásia é classificada em: 1) Eutanásia ativa (direta): dá-se mediante um comportamento ativo, promovendo a morte rapidamente (ex.: injeção de uma substância letal na veia); 2) Eutanásia passiva (indireta): consiste na mera omissão ou interrupção do tratamento que sustenta a vida (ex.: suspensão





de medicamentos, da nutrição ou de aparelhos).

A maioria dos médicos, juristas e estudiosos que lidam com o tema condenam a eutanásia ativa, pois não admitem que se outorgue a alguém o direito de antecipar a morte e muito menos ofereça à profissão médica tão triste espetáculo, pois a função da medicina é salvar vidas. Não há como conciliar uma medicina que cura com uma medicina que mata. Já a eutanásia passiva conta com a simpatia de parte da sociedade, que admite ser intolerável prolongar a vida de um paciente em “coma vegetativo” sem qualquer perspectiva de melhora, principalmente ao serem considerados os aspectos emocionais e econômicos envolvidos. Hoje, portanto, em vários países, aceitam-se o desligamento de aparelhos, a supressão de medicamentos ou do aporte nutricional que mantém a vida dos pacientes nessa condição, principalmente, quando os familiares e a sociedade são favoráveis.

Em alguns países, como Holanda e Bélgica, a eutanásia ativa já conta com amparo legal. Na Bélgica, inclusive, já se permite legalmente a eutanásia, desde que os pais a consintam, em crianças que sofram de doenças terminais.

Com o desenvolvimento continuado de novas tecnologias na medicina, a partir dos anos 1960, o paciente gravemente enfermo vem sendo mantido vivo por longos períodos em unidades de terapia intensiva, mesmo aquele cuja morte é inevitável, sendo apenas retardada, com altos custos, financeiro, moral e psicológico, para todos os envolvidos. Desse fato, surgem novos debates: A suspensão ou a recusa no uso dessas tecnologias é uma ação ética? Como conciliar a preservação da vida e o alívio do sofrimento, dois princípios fundamentais da ação médica, nesse contexto? Ao negar a finitude da existência humana, optando por preservar a vida, sempre, o médico não estará submetendo o paciente terminal a sofrimentos? Desse debate surgem a distanásia e ortotanásia, dois novos conceitos que se juntam à eutanásia.

Distanásia, do grego: *dys* (dificuldade) + *tanathos* (morte), corresponde à morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento. Trata-se de atitude médica que, visando prolongar a vida de paciente terminal, utiliza meios terapêuticos, cujos efeitos são inúteis, pois não levam à cura ou

à melhora e só aumentam o sofrimento. Termo que pode ser empregado como sinônimo de tratamento fútil ou obstinação terapêutica.

Em oposição à distanásia, surge o conceito de **ortotanásia**. Esse termo vem sendo empregado pelos médicos para os pacientes terminais. Significa a humanização da morte, sem abreviá-la e nem prolongá-la desproporcionalmente. Os médicos defensores dessa prática concordam que o paciente tem direito de morrer em casa, ao lado da família, por exemplo.

A Ética e a Visão Médica

No dia 28 de novembro de 2006, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução CFM 1.805/2006, favorável à ortotanásia. De acordo com o documento, 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 seu representante legal.

A formação do médico atual é voltada quase que totalmente para diagnosticar e curar as doenças, com pouco ou nenhum preparo no campo psicológico para lidar com o emocional. Portanto, quando está diante de um paciente sem perspectivas de tratamento, desenganado quanto ao prognóstico, uma sensação de impotência apodera-se do profissional, que ao não saber mais o que fazer, pois não foi preparado para isso, tende, na maioria das vezes, abandonar progressivamente o doente, dispensando-lhe visitas rápidas e com menos interesse. Comumente, a equipe médica, a partir da verificação da irreversibilidade da doença e da proximidade da morte, arrefece o interesse pelo paciente, deixando-o basicamente aos cuidados da enfermagem. Hoje, já existe a figura do tanatologista, que é o médico especialista em lidar com o paciente terminal.

“Quando o paciente pede ao médico para interromper o tratamento ou que lhe administre algo para encurtar a vida, recomenda-se discutir o problema, a fim de que juntos encontrem uma solução. A partir deste contato,

os pacientes, em sua grande maioria, não solicitam mais uma medida letal.”⁴

Léo Passini, coordenador nacional da Pastoral da Saúde, da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), revela:

“Diante de um paciente terminal, a medicina falha, pois a sua responsabilidade de cuidar termina quando não há mais possibilidade de cura e os tratamentos estão esgotados. Segundo ele um novo modelo começa a ganhar força. É o paradigma do cuidado. Sob este paradigma os cuidados de saúde aceitam o declínio, o envelhecimento e a morte como parte da condição humana, uma vez que todos “sofremos” de uma condição que não tem cura, isto é, somos mortais. Ganha espaço, então, a medicina paliativa que permite aos doentes terminais morrer com dignidade; enfatiza o controle da dor e dos sintomas, objetivando melhorar a qualidade de vida, ao invés de tentar curar uma doença incurável ou estender quantidade questionável de “vida”. Por esta abordagem, cuidar dignamente do doente terminal significa respeitar a sua integridade como pessoa, garantindo que suas necessidades básicas sejam honradas, entre outras: 1) que seja mantido livre de dor tanto quanto possível e que o seu sofrimento seja cuidado; 2) que receba continuidade de cuidados e que não seja abandonado; 3) que tenha controle, tanto quanto possível, no que se refere à informações e decisões a respeito de seu tratamento; 4) que seja ouvido e acolhido em seus medos, pensamentos, sentimentos, valores de fé e esperanças; 5) que tenha a possibilidade de escolher se despedir da vida onde achar melhor.”⁵

A Visão Espírita

A doutrina espírita esclarece que o ser humano é constituído de espírito: sede da inteligência, centelha divina, consciência plena; perispírito: envoltório fluídico do espírito, intermediário entre o espírito e o corpo físico; e o corpo físico. A dor e o sofrimento são necessários à evolução do espírito em busca da perfeição.

Todos têm que passar inúmeras vezes por esses momentos, através das várias encarnações, num processo

de depuração energética do espírito. Esse processo é movido pelo livre arbítrio, em que cada indivíduo tem a responsabilidade por seus atos e pensamentos. A cada ação perpetrada contra o outro, é revertida uma reação de igual intensidade (lei da ação e reação), que aparece na forma de doenças, dor e sofrimentos que impulsionam o espírito numa evolução permanente, até um dia em que não mais causará mal ao seu próximo. As doenças têm origem nesse mecanismo de resgate. A finalidade do sofrimento não é punitiva, mas sim educativa. O indivíduo que prejudicou o semelhante, de maneira grave, precisa sentir na “própria pele” a dor que o outro experimentou, a fim de reeducar-se e, quando novamente posto numa situação em que tenha oportunidade de reincidir, seja capaz de resistir aos seus impulsos. É a lei, a ordem natural das coisas.

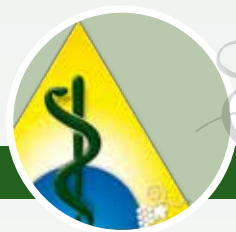
O sofrimento, por si só, não é necessariamente um fator de evolução, para tanto é indispensável o seu enfrentamento com dignidade e resignação. Resignação não significa aceitação passiva do problema, entrega, esmorecimento, mas sim suportar a aflição com bom ânimo, sem blasfêmias ou revoltas, entendendo-se que o processo faz parte dos desígnios da Lei Divina.

Allan Kardec, no livro *O Evangelho Segundo o Espiritismo*, ao analisar a resignação, destaca que:

“O homem pode abrandar ou aumentar a amargura das suas provas pela maneira que encara a vida terrestre. Ele sofre tanto mais quanto veja mais longa a duração do sofrimento; ora, aquele que se coloca no ponto de vista da vida espiritual, abarca de um golpe de vista a vida corporal; ele a vê como um ponto no infinito, compreende-lhe a brevidade, e se diz que esse momento penoso passará bem depressa; a certeza de um futuro próximo mais feliz o sustenta e o encoraja, e ao invés de se lamentar, agradece ao céu pelas dores que o fazem avançar. Para aquele, ao contrário, que não vê senão a vida corporal, esta lhe parece interminável, e a dor pesa sobre ele com todo o seu peso [...]”⁶

No mesmo capítulo do referido livro, os Espíritos esclarecem:

“O mérito consiste em suportar sem lamentação as



consequências dos males que não se pode evitar, em perseverar na luta, em não se desesperar se não for bem sucedido, mas não num desleixo que seria preguiça mais que virtude.”⁷

Muitas pessoas que após experimentarem sofrimentos intensos, até constantes, mudam radicalmente o seu comportamento diante da vida, deixam de ser

egoístas, passam a valorizar mais o espiritual e menos o material, dão mais valor à vida, apesar de todos os problemas e esquecem as futilidades que antes valorizavam. Esses indivíduos aprenderam e cresceram com o sofrimento, enfim, evoluíram.

Na morte ou desencarnação, o espírito e perispírito separam-se do corpo físico e regressam para o mundo espiritual. Para a maioria dos espíritos, o momento dessa separação é vivido com muita alegria, como se fossem liberados de um pesado fardo. Apesar da sensação prazerosa de passar para outra dimensão, não se deve buscar a morte, pois há um compromisso assumido com a vida terrena e devemos valorizá-la.

Antes de cada encarnação, o próprio Espírito, no mundo espiritual, traça as metas de sua nova existência, as provas por quais passará para poder evoluir. Até o momento da morte já pode vir determinado. Pelo livre arbítrio, o espírito encarnado pode modificar o roteiro que traçou e mesmo o instante da morte pode ser alterado, como ocorre com os suicidas, os viciados, os indivíduos de vida desregrada ou aqueles que em determinados esportes ou profissões “desafiam a morte”.

Na questão 258 de *O Livro dos Espíritos*, Allan Kardec questiona se antes de começar uma nova existência corporal, o Espírito, ainda no mundo espiritual, tem consciência e previsão do que lhe sucederá no curso de sua vida terrena. Os Espíritos respondem: “Ele próprio escolhe o gênero de provas por que há de passar e nisso consiste o seu livre arbítrio”.⁸

No livro *O Evangelho Segundo o Espiritismo*, Allan Kardec faz a seguinte pergunta:

Um homem está agonizante, vítima de cruéis sofrimentos; sabe-se que seu estado é desesperador; é permitido poupar-lhe alguns instantes de angústia, apressando o seu fim? O Espírito denominado São Luiz responde:

“[...] O materialista, que não vê senão o corpo e não considera a alma, não pode compreender essas coisas; mas o espírita, que sabe o que se passa além do túmulo, conhece o valor do último pensamento. Abrandai os últimos sofrimentos quanto esteja em

vós; mas guardai-vos de abreviar a vida, não fosse senão de um minuto, porque esse minuto pode poupar muitas lágrimas no futuro”.⁹

No livro *Após a Tempestade*, o espírito Joanna de Ângelis define a eutanásia como uma decisão materialista e utilitarista.

“É uma prática nefanda que testemunha a predominância do conceito materialista sobre a vida, que vê apenas a matéria e suas implicações imediatas em detrimento das realidades espirituais, refletindo também a soberania do primitivismo animal na constituição emocional do homem.”¹⁰

“Aqueles que defendem a eutanásia, no intuito de oferecer um descanso para a carne sofrida, só enxergam pelo olho material e não conseguem descortinar o desequilíbrio provocado no espírito por tal ato. As comunicações de irmãos desencarnados mostram as agressões no corpo espiritual dos seres que experimentaram a interrupção abrupta, não programada, de sua vida orgânica. Certamente tais transtornos são diretamente proporcionais ao envolvimento de cada um no processo. Não só sofre o Espírito desencarnante, após ser atendido no pedido para pôr fim à sua vida, mas terá, também, o seu comprometimento aquele que contribuiu para ceifar a vida daquele Ser, pois tal ato ficará impregnado na sua memória espiritual e dele mesmo será “cobrado” no futuro. É a lei da ação e reação.”¹¹

A Associação Médico-Espírita do Brasil, durante o V Congresso Médico-Espírita do Brasil, realizado em São Paulo, em 29 de maio de 2005, elaborou uma carta de princípios sobre bioética que mostra a sua posição sobre a eutanásia:

Os médicos espíritas manifestam-se:

1. Contrariamente a qualquer meio intencional que antecipe a morte natural do ser humano, seja pela eutanásia, ativa ou passiva, ou pelo suicídio assistido;

2. Contrariamente à distanásia, por entender tratar-se de um prolongamento inútil da vida, por uma obstinação terapêutica ou diagnóstica, através de meios artificiais que não trazem benefícios imediatos ao pa-

ciente, levando-o a uma morte agoniada, com muito sofrimento orgânico, psíquico e espiritual;

3. Favoravelmente à ocorrência da morte natural, a que se dá no tempo certo. Compete respeitar a autonomia do paciente - suas crenças, seus medos, desejos e suas esperanças, oferecendo-lhe apoios médico, psicológico, religioso e familiar, que lhe possibilite morrer sem dor e viver, com dignidade, seus últimos instantes de vida terrena. Compreende que o processo do morrer é uma fase importante para o aperfeiçoamento do Espírito, repleto de experiências enriquecedoras, tanto para o médico, quanto para o paciente, sobretudo, quando ambos têm os olhos voltados para a realidade da vida imortal.

Referências

- 1 - Disponível em: <<http://info.catho.be/2014/01/22/les-eveques-approfondissent-les-enjeux-sous-jacent-de-leuthanasie/#.VRcBzPnF-Sp>>.
- 2 - FERREIRA, A.B.H. *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro/RJ: Nova Fronteira, 1975.
- 3 - GOMES, H. *Medicina Legal*. 26. ed. Livraria Freitas Bastos. p. 667-669.
- 4 - SANTOS, J.R.P. *Saúde e Espiritismo*. São Paulo: FE, 1998. p. 374-375.
- 5 - PESSINI, L. Dignidade e Solidariedade no Adeus à Vida. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*. 1997
- 6 - KARDEC, A. *O Evangelho Segundo o Espiritismo*. 135. ed. Instituto de Difusão Espírita, 1991. p. 78-79.
- 7 - Idem 6, p. 91.
- 8 - KARDEC, A. *O Livro dos Espíritos*. 32. ed. Rio de Janeiro: FEB, 1978. p. 171.
- 9 - Idem 6, p. 93-94.
- 10 - FRANCO, D.P. (por Joanna de Ângelis). *Após a Tempestade*. Salvador: Livraria Espírita Alvorada, 1974.
- 11 - Idem 4, p. 382-383.

JOSÉ ROBERTO PEREIRA SANTOS: Médico com especialização em Medicina Interna, Reumatologia e Medicina Intensiva. Diretor Científico da AMEEES. Membro da Comissão de Bioética da AME-Brasil. Presidente da Sociedade de Reumatologia do Estado do Espírito Santo. Ex Vice-Presidente do CRM-ES. Coordenador Médico da UTI adulto do Vila Velha Hospital - Vila Velha - ES



Cuidados Paliativos – Por que, quando, como e o que resulta?

Luís Gustavo Langoni Mariotti

“Cuidado paliativo não é uma alternativa de tratamento, e sim uma parte complementar e vital de todo acompanhamento do paciente.”

Dame Cicely Saunders

O termo cuidado paliativo pode ser confundido historicamente com o termo Hospice, que no início da era cristã designava abrigos para viajantes que circulavam entre diversos pontos da Europa, Ásia e África. Nestes, a recepção e o cuidado de pessoas eram pontos marcantes. Já no século XVII, várias instituições religiosas surgiram na Europa e com elas o abrigo de pessoas carentes, doentes e órfãos. O termo paliativo deriva da palavra *palium*, proveniente do latim, que significa manto, proteção, uma referência aos antigos cavaleiros das cruzadas que usavam um manto protetor contra as intempéries climáticas.

O movimento Hospice Moderno se iniciou com a enfermeira, médica e assistente social Dame Cicely Saunders. Após oferecer cuidados às pessoas com doenças terminais, Cicely fundou em 1967 o *St. Christopher's Hospice*, onde se desenvolveu um modelo de assistência diferenciado e se realizaram pesquisas e ensino. Daí resultou a formação de inúmeros profissionais de outras nacionalidades, como os Estados Unidos e o Canadá, que levaram esses conhecimentos e esse modelo assistencial para seus países de origem.

A primeira definição de cuidado paliativo publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi publicada

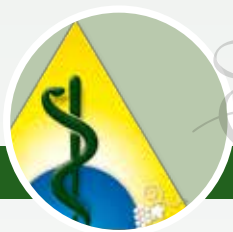
em 1990 e foi atualizada em 2002, mantendo-se desde então. No Brasil, o cuidado paliativo é reconhecido como área de atuação médica e está incluso no Código de Ética Médica.

O *cuidado paliativo* é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam uma doença ameaçadora da continuidade da vida, através da prevenção e alívio do *sofrimento por meio da identificação precoce, da avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais* (WHO, 2002)¹.

Os princípios dos cuidados paliativos podem ser resumidos em:

- proporcionar alívio da dor e de outros sintomas angustiantes;
- afirmar a vida e compreende a morte como um processo normal da vida;
- não pretender acelerar ou adiar a morte;
- integrar os aspectos psicológicos e espirituais de assistência ao paciente;
- oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente de viver tão ativamente quanto possível até a morte;





- oferecer um sistema de apoio para ajudar a família durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
- usar uma abordagem de equipe para atender as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo aconselhamento no luto, se indicado;
- melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- ser aplicável no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que se destinam a prolongar a vida, tais como a quimioterapia ou radioterapia, e inclui as investigações necessárias para melhor compreender e gerir complicações clínicas estressantes.

Por que oferecer Cuidados Paliativos?

Pela própria definição de cuidados paliativo, o seu oferecimento é necessário em doenças crônicas, progressivas, ameaçadoras da continuidade da vida. Muitos pacientes em todo o mundo têm se beneficiado desses cuidados, principalmente nos estágios iniciais da doença. Avaliar a necessidade de se oferecer os cuidados paliativos é equivalente a avaliar uma necessidade humanitária urgente para reduzir o sofrimento vivenciado pelos pacientes e suas famílias, ou seja, trata-se de um direito humano².

Atualmente, as doenças cardiovasculares e o câncer são as principais causas de morte nos países desenvolvidos e os esses portadores apresentam muitos sintomas que trazem grande sofrimento físico, psíquico, emocional e espiritual (dor, astenia, depressão, dispneia). Os cuidados paliativos são eficazes para estes doentes e, também, para outros que apresentam doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), HIV/AIDS, insuficiência renal ou doenças neurológicas tais como esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica (ELA) e demências terminais.

O desenvolvimento e disponibilização de serviços de cuidados paliativos têm demonstrado o seu impacto nos países em vias de desenvolvimento, aliviando o sofrimento e melhorando a qualidade de vida dos doentes com HIV/SIDA e outras doenças³.

Se considerarmos o total de pessoas que morreram, por exemplo, em 2011, em todo o mundo, cerca de mais

de 29 milhões morreram de doenças necessitando de cuidados paliativos. O número estimado de pessoas que necessitam de cuidados paliativos no fim da vida é de 20,4 milhões. A maior proporção, 94%, corresponde aos adultos, dos quais 69% têm mais de 60 anos de idade e 25% são de 15 a 59 anos de idade. Apenas 6% de todas as pessoas que necessitam de cuidados paliativos são crianças.

O número global estimada de adultos que necessitam de cuidados paliativos no fim da vida é mais de 19 milhões. A maioria, 69%, corresponde a mais velha adultos (Fig. 1) e há uma ligeira predominância do sexo masculino (Fig. 2). A grande maioria dos adultos com necessidade de cuidados paliativos morreu de doenças cardiovasculares (38,5%), cancer (34%), seguido de doenças respiratórias crônicas (10,3%), HIV/AIDS (5,7%) e diabetes (4,5%) (Fig. 3).

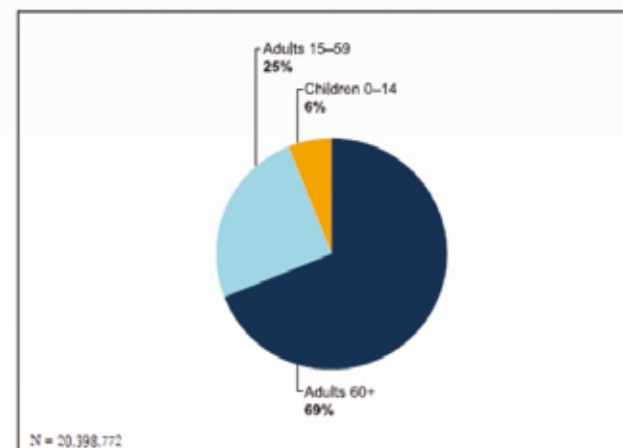


Figura 1 - Distribuição de número de pessoas que necessitam de cuidados paliativos no fim da vida, por faixa etária. Fonte: Global Atlas of Palliative Care at the End of Life – WHO

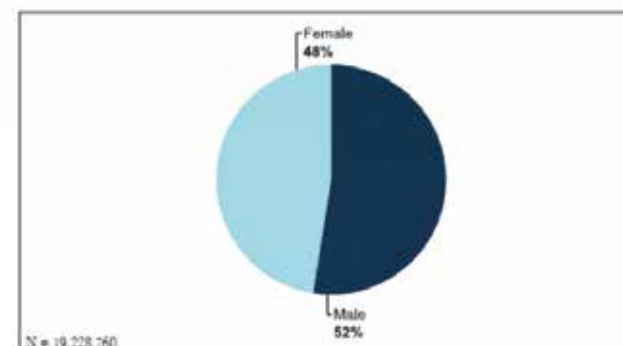


Figura 2 - Distribuição dos adultos em necessidade de cuidados paliativos no final de vida, por sexo. Fonte: Global Atlas of Palliative Care at the End of Life – WHO

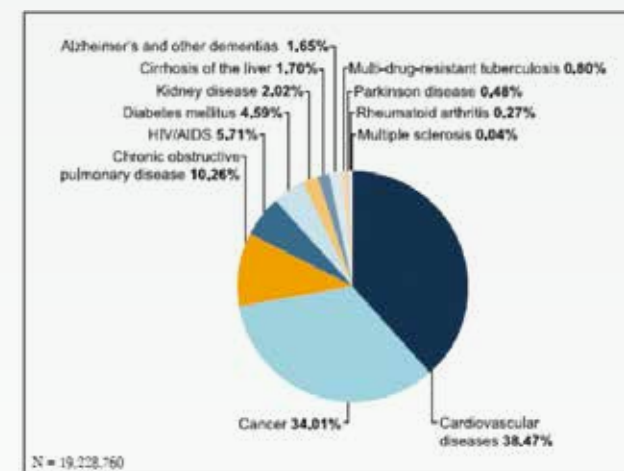


Figura 3 - Distribuição de adultos que necessitam de cuidados paliativos no fim da vida, por grupos de doenças. Fonte: Global Atlas of Palliative Care at the End of Life – WHO

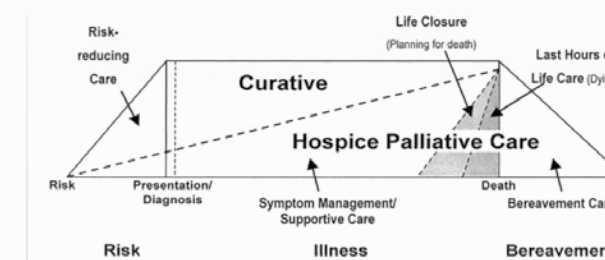


Figura 4 - Modelo conceitual atual que representa os componentes de cuidados paliativos e sua relação com o cuidado para a cura. Fonte: Cancer Pain Relief and Palliative Care, Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization, 1990.

Com isso, os cuidados paliativos oferecem grande oportunidade para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde, centralizadas nas preferências e necessidades dos doentes, através de uma abordagem holística que associa o conhecimento científico (por exemplo, no controle sintomático), competências (por exemplo, em comunicação) e atitudes (por exemplo, o reconhecimento do doente como indivíduo único provido de uma história de vida única e rica).

Os cuidados paliativos podem aliviar eficazmente este sofrimento e podem ser proporcionados a um custo relativamente baixo. Os benefícios dos cuidados paliativos não se limitam aos cuidados em fim de vida, já que uma intervenção precoce na trajetória da doença proporciona uma melhoria na qualidade de vida e redução da necessidade de tratamentos caros e agressivos.

Quando oferecer os Cuidados Paliativos?

A intervenção precoce, bem antes da fase terminal da doença, é reconhecida como ideal. Não deve haver limite de tempo ou prognóstico para se iniciar os cuidados paliativos (figura 4). Para tanto, é preciso que conheçamos o curso natural das doenças crônicas e progressivas, que ameaçam a vida. Na figura 5, destaca-se os cursos naturais de algumas dessas principais doenças crônicas.

O ingresso de um paciente a um serviço de atendimento em cuidados paliativos se deve à percepção de que, além do tratamento modificador de doença, existem sintomas de origem física, emocional, social e espiritual que comprometem sua qualidade de vida e que precisam ser abordados com competência e seriedade. O contato precoce com a equipe de cuidados paliativos possibilita uma vinculação entre equipe de saúde, paciente e familiares, onde a confiança torna-se a base para que as decisões médicas no cuidado de final de vida sejam tomadas segundo os desejos e as características de cada doente, respeitando-se o direito de autonomia do doente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta a necessidade de cuidados paliativos em todos os níveis de atenção. Os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos em nível de atenção primário e secundário, através de uma abordagem por todos os profissionais de saúde, desde que sejam educados e qualificados através de uma formação básica adequada. Aqueles que apresentam problemas complexos, deverão receber esses cuidados por equipes especializadas.

Importante destacar também que nesse contexto de oferecimento dos cuidados paliativos, o profissional de saúde esteja preparado e identifique todo e qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico que seja útil ao paciente. Muitas vezes, a discussão do caso do paciente deverá ser feita entre as equipes médicas que o acompanham e demais profissionais envolvidos no cuidado, com a finalidade de discutir as indicações, os riscos e benefícios de determinadas condutas, que deverão sempre ser proporcionais a sua condição clínica geral (funcionalidade, cognição, status nutricional, vontade expressa do paciente e/ou familiares).

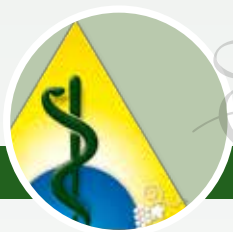


Figura 5 – Trajetória de algumas doenças ameaçadoras da continuidade da vida.
Fonte: Chiba, T. Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade. Cuidado paliativo, CREMESP, 1-I, p. 46-54, 2008.

Como oferecer os cuidados paliativos?

Atualmente, o cuidado paliativo é uma das diretrizes, estabelecida pela OMS, para o tratamento do câncer, ao lado da prevenção, do diagnóstico e do tratamento³. O oferecimento dos cuidados paliativos pressupõe uma avaliação detalhada e ampla do paciente e seus familiares dentro do contexto do adoecimento. É fundamental conhecer quem é a pessoa portadora da doença crônica e ameaçadora da vida, suas origens, sua profissão, o núcleo familiar em que se encontra inserido, sua religião, suas preferências pessoais, seus hábitos de vida. Inicialmente, deve o profissional de saúde obter informações sobre o que o paciente e familiares sabem sobre a doença. Isso é fator fundamental para que haja o adequado

esclarecimento ao paciente e familiares em relação ao diagnóstico e prognóstico da doença, aos tratamentos que estão indicados ou não, à identificação dos sintomas e às decisões de fim de vida (Tabela 1).

Adaptado de: Weissman, DE: Consultation in Palliative Medicine. Archives in Internal Medicine 1997;157:733–737.

Além disso, o exame físico deve ser cuidadoso. Deve-se avaliar sinais de desconforto como dor (que em pacientes com dificuldade de comunicação, podem apresentar faces de dor, gemência ou agitação), dispnéia, retenção urinária, fecaloma, sinais de intoxicação por drogas e das prováveis últimas 48 horas.

Para uma assistência adequada, é preciso que o ambiente físico seja acolhedor, que possibilite a permanência dos familiares e/ou cuidadores 24 horas por dia. As visitas devem ser facilitadas, bem como as informações referentes à doença, às medicações e ao plano de cuidado. A equipe deve ser multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, assistentes sociais, dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, religiosos). Se possível, a implementação de grupos de apoio que visem maior humanização dentro do contexto hospitalar são muito bem vindos (musicoterapeutas, contadores de histórias).

Dentro da assistência domiciliar, torna-se fundamental uma rede de suporte pela equipe de cuidados paliativos junto ao paciente e sua família que permita visitas domiciliares frequentes, a disponibilização, o fornecimento e administração de medicações em domicílio, o contato telefônico disponível para esclarecimentos, agendamento de visitas e orientação quanto ao óbito em domicílio. Isso permite um controle adequado de sintomas, vantagens para o paciente e familiares e redução de custo ao sistema de saúde.

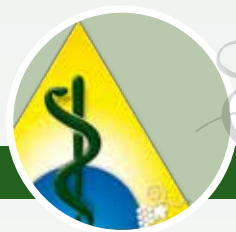
Atenção adequada deve ser dada ao cuidador, seja ele informal ou formal. Devido ao longo percurso da doença crônica, ele pode apresentar grande desgaste físico, emocional e sofrimento espiritual, com prejuízo a sua qualidade de vida e presença de sintomas de depressão, ansiedade e isolamento social.

Biografia	Naturalidade/nacionalidade, estado civil, profissão, filhos, netos, hobbies, religião, procedência.
Avaliação da dor e outros sintomas físicos e psicológicos.	Náuseas, tristeza, ansiedade, mal-estar, apetite, dispnéia, sonolência, fadiga, entre outros.
Capacidade funcional	Atividades Básicas de Vida Diária, Escala de Performance Paliativa ou Índice de <u>Karnofsky</u>
Avaliação social/espiritual	Preocupações sociais ou espirituais significativas que afetam a vida diária.
Entendimento da doença/trajetória/prognóstico	Avaliação junto ao paciente e seus familiares.
Identificação dos objetivos do cuidado centrado no paciente	- Quais são as metas para o cuidado, conforme identificado pelo paciente e familiares. - As opções de tratamento estão associadas às preferências informadas pelo paciente. - O paciente participa de um processo de planejamento da assistência com antecedência. - O paciente pode apresentar um testamento vital.
Transição dos cuidados pós-alta hospitalar	Identificação de pontos-chaves para uma transição segura e sustentável.

Com isso, observa-se o papel fundamental do paliativista em avaliar as várias dimensões do ser (física, emocional, social e espiritual), estabelecendo uma abordagem cujas atitudes sejam reflexivas, técnicas, planejadas, éticas, proporcionais, deliberadas, todas permeadas pela compaixão.

O que resulta os cuidados paliativos?

Os cuidados paliativos oferecem aos pacientes e a seus familiares um plano abrangente de cuidados, através de uma equipe de profissionais que se tornaram especialistas no controle dos sintomas e múltiplos problemas difíceis e que normalmente surgem em estágios avançados de uma doença crônica, com o propósito de aliviar



o sofrimento. A prática amadureceu durante os últimos 50 anos e pode ser fornecida em conjunto com o tratamento curativo.

Há aproximadamente 16 mil serviços de cuidados paliativos em todo o mundo e pesquisas demonstram a eficácia das intervenções, notadamente na assistência domiciliar, onde a maioria dos pacientes prefere serem cuidados e morrerem ao lado da família⁴. A Sociedade Americana de Oncologia Clínica passou a recomendar a assistência oncológica padrão combinada aos cuidados paliativos no início do curso da doença para qualquer paciente com câncer metastático e ou em grande sofrimento.

Em 2014, uma resolução histórica foi aprovada por unanimidade na Organização Mundial da Saúde, que apelou a todos os membros dos Estados para reforçarem os cuidados paliativos como um componente de tratamento integrado aos demais tratamentos⁵.

Ensaio clínico randomizado têm apoiado a integração entre o acompanhamento oncológico e equipe de cuidados paliativos. Em um estudo que envolveu 207 pacientes com câncer avançado de alguns centros de oncologia nos Estados Unidos, no período de 2010 a 2013, foram aleatoriamente designados para receber consultas por equipe de cuidados paliativos, através de acompanhamento mensal logo após a inscrição ou três meses depois⁶. Foram avaliados o impacto sobre a qualidade de vida, presença de sintomas, humor, sobrevivência em um ano e utilização de recursos (do hospital, dias de unidade de terapia intensiva, atendimentos de emergência, quimioterapia nos últimos 14 dias de vida e local de morte). Os resultados entre os dois grupos em relação à utilização de recursos e sintomas não foram estatisticamente diferentes. No entanto, a sobrevivência de um ano após a inscrição foi maior no grupo assistido precocemente em comparação àqueles que começaram três meses depois. A compreensão dos mecanismos complexos em que os cuidados paliativos oferecidos precocemente podem melhorar a sobrevida continua a ser uma importante prioridade de investigação.

Foi realizada uma metanálise para quantificar o efeito dos serviços de cuidados paliativos em relação ao risco

de morrer em casa pelos pacientes adultos em domicílio, examinar a eficácia clínica dos serviços de cuidados paliativos domiciliares no controle de sintomas, qualidade de vida, angústia do cuidador e satisfação com o atendimento, e comparar a utilização de recursos e custos associados a esses serviços⁷. Foram envolvidos 23 estudos, sendo 16 ensaios clínicos randomizados e controlados, 6 de alta qualidade, incluindo mais de 37.000 pacientes, em grande parte, com câncer avançado. Os resultados forneceram evidências claras e confiáveis de que receber os cuidados paliativos em casa aumenta a chance de morrer em casa e reduz os sintomas depressivos. Por outro lado, foram inconclusivas as evidências sobre custo-efetividade.

Um outro estudo avaliou o efeito da introdução de cuidados paliativos para pacientes com câncer de pulmão não-pequenas células metastático recém-diagnosticado, que foram aleatoriamente distribuídos em dois grupos com características semelhantes (tratamento oncológico associado a cuidado paliativo precoce x tratamento oncológico isolado)⁸. Foram avaliados a qualidade de vida e o humor. O desfecho primário foi a mudança na qualidade de vida em 12 semanas. Dos 151 pacientes que se submeteram a randomização, 107 (86 % dos pacientes restantes) completaram avaliações. Pacientes que receberam o cuidado paliativo precoce tiveram uma melhor qualidade de vida em relação aos que foram designados para o tratamento padrão ($p = 0,03$), apresentaram menos sintomas depressivos (16 % vs. 38 %, $P = 0,01$) e receberam menos cuidados agressivos de fim de vida (33 % vs. 54 %, $P = 0,05$). A sobrevida média foi maior entre os pacientes que receberam cuidado paliativo precoce (11,6 meses versus 8,9 meses, $p = 0,02$).

O cuidado paliativo acolhe a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, valorizando a vida que ainda pode ser vivida. Com isso, observa-se a importância do oferecimento dos cuidados paliativos a todos os pacientes, e seus familiares, que apresentam qualquer doença que ameasse a continuidade da vida, buscando melhorar a qualidade de vida. É necessário que o cuidado paliativo seja integrado aos currículos médicos e de outras áreas

ligadas à saúde, às políticas públicas e aos serviços de assistência multiprofissional e transdisciplinar, no contexto da atenção domiciliar, ambulatorial e hospitalar.

Aspectos espirituais nos cuidados paliativos – contribuição do paradigma médico-espírita

Através da Doutrina Espírita, sabemos que todo Espírito, encarnado ou desencarnado, tem por finalidade o seu aprimoramento progressivo, onde através de reencarnação despoja-se de suas imperfeições, aprende que o Amor é o rumo mais seguro para conquistar sua felicidade e proporcioná-la a seu semelhante. O processo de adoecimento físico, mental, social ou psicológico resulta da infringência às Leis Divinas, estando o Ser submetido, invariavelmente, à Lei de Causa e Efeito. Mas Deus, que é todo bondade e justiça, oferece-nos oportunidades de reajustes, aprendizados, para que possamos realizar uma real conexão criatura-Criador.

Logo, a doença não deve ser vista apenas como uma inimiga a ser combatida. O Ser que sofre merece e deve receber toda assistência médica e demais cuidados necessários para proporcionar-lhe o máximo de bem estar possível. Mas, a cura real, que é a do espírito, se dá na medida em que este eleve sua moralidade, seu padrão mental de pensamento e sentimento. Por isso, a utilização de recursos como o autoconhecimento, a prece, a desobsessão, a auto-evangelização, a prática do bem, o combate ao egoísmo e ao orgulho, a vivência do amor a si e ao próximo e a manutenção de uma fé raciocinada são extremamente eficazes para o reajuste mental, perispiritual, mesmo que a morte do corpo físico seja inevitável.

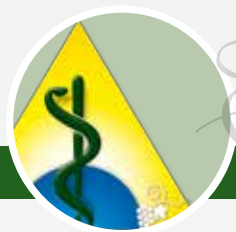
Como sabemos, a morte em si não existe. Apenas transicionamos de um lugar ao outro. E sabemos que jamais somos abandonados pelo Pai que tanto nos ama e nos ampara. Portanto, é de fundamental importância que todos nós, conhecedores da Cristianismo Redivivo, possamos acolher integralmente qualquer sofrimento humano, como a de uma doença ameaçadora da continuidade da vida, com a melhor técnica que tivermos, com o trabalho de equipe que envolva outros profissionais com suas competências específicas, para acolher **não só ao**

doente mas a sua família, com o respeito às suas crenças, vontades e desejos, utilizando-se sempre da **ética**, da responsabilidade e do amor.

Referências:

1. World Health Organization (WHO). *WHO Definition of palliative care* [online]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> Data de acesso: 01.mar.2015
2. Worldwide Palliative Care Alliance *Global atlas of palliative care at the end of life (Worldwide Palliative Care Alliance, London, United Kingdom)*. (2014). Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
3. WHO (World Health Organization). *Cancer control: knowledge into action. WHO Guide for Effective Programmes*. Geneva: WHO, 2007.
4. SMITH, T.J.; TEMIN, S.; ALESI, E.R., et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 2012.30:880–887.
5. World Health Organization *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course (World Health Organization, Geneva, Switzerland)*. (2014) Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf.
6. BAKITAS, M.A.; TOSTESON, T.D.; ZHINGANG, L., et al. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: Patient outcomes of the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol* doi:10.1200/JCO.2014.58.6362 (2015).
7. GOMES, B.; CALANZANI, N.; CURIALE, V. et al. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst* 2013 Rev 6:CD007760.
8. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010.363: p.733–742.

Dr. Luís Gustavo Langoni Mariotti: Médico Geriatra, membro da AME-



Suicídio Assistido

Islan Penha do Nascimento

Podendo ser considerada uma variante da eutanásia, o suicídio assistido (SA) se caracteriza pela ação suicida de um indivíduo, com a ajuda de outra pessoa, geralmente um médico. Tal ajuda pode ser, por exemplo, a oferta de um medicamento letal para que a pessoa o ingira, levando a sua morte. Já a eutanásia, de maneira mais ampla, é todo ato praticado que vise abreviar a vida de um paciente que diz não mais suportá-la, geralmente por ter uma doença terminal, na sua fase terminal. Tal condição enferma faz com que perca a qualidade de vida que antes tinha, ou o leve a sentir dores que diz não mais suportar, mesmo com uso de medicamentos fortes.

Sem dúvida, são questões que requerem uma análise muito aprofundada e que necessita que sejam resgatados e debatidos princípios que regem a vida e a sociedade. Por isso, não por acaso há opiniões e leis que diferem quanto a sua utilização, de acordo com os valores éticos e morais que abraçam. Quanto mais materialista e utilitarista, mais frouxos são os princípios que protegem a vida em sua plenitude, desde a concepção até o seu término natural.

Em pesquisa recente Smith¹ comparou as características pessoais de dois grupos de pacientes do estado de Oregon (EUA) que apresentavam doenças avançadas: um procurou ajuda legal para cometer o SA; o outro grupo não procurou ajuda para realizar o SA. Havia entre os dois grupos valores semelhantes do incômodo causado pela dor física. Observou-se que o grupo que havia procurado cometer o SA, permitido no estado americano de Oregon, apresentava menor taxa de espiritualidade, maior índice de desesperança, maior taxa de educação formal, maior taxa de depressão, menor taxa de intimidade interpessoal e maior número de solteiros do que o grupo que se decidiu por continuar enfrentando a doença, sem

cometer o suicídio.

Podemos aferir desta pesquisa que pessoas portadoras de maior espiritualidade, e que mantêm relações mais ricas emocionalmente com as pessoas, são mais propensas a enfrentar melhor as doenças avançadas. O contrário acontece quando uma pessoa, e mesmo uma sociedade, baseiam seus valores e atitudes em princípios materialistas (o contrário de espiritualista) e individualistas.

O SA é hoje uma realidade em alguns estados do Estados Unidos da América e alguns países da Europa (Suíça, Holanda, Bélgica e Luxemburgo). Na Bélgica recentemente aprovou-se a prática em crianças. Já na Suíça o SA, aceito pelas autoridades locais, gerou o chamado “turismo da morte”, onde cidadãos de outros países procuram abreviar as suas vidas viajando para lá. Duas organizações realizam o SA na Suíça: a “Exit” e a “Dignitas”. Sempre apelando para o fato de estarem realizando atos de compaixão, ao se referirem às mortes que ajudaram acontecer.

Assim como outras questões bioéticas, a eutanásia também faz parte do dia a dia dos profissionais de saúde. Desde a sua formação acadêmica eles são colocados a refletir sobre aspectos como: o aborto na falha da contracepção, uso de células-tronco embrionárias, prescrição de anticoncepcionais, desligamento de maquinário de suporte à vida em pacientes fora de possibilidade de cura, clonagem humana, etc. Ao avaliar 3620 estudantes de medicina de várias faculdades da Região Sudeste do Brasil, Giancarlo Lucchetti mostrou que a religiosidade foi um importante fator de objeção à prática da eutanásia. Aspectos relacionados à faculdade também mostraram interferir no índice de aceitação ou não da eutanásia. Isto faz-nos pensar que ajudar ao estudante refletir sobre



a espiritualidade, através de matérias curriculares que tratem do tema, deve ser um objetivo daqueles que sabem da importância deste aspecto na saúde.²

As Associações Médico-Espíritas vêm se colocando como defensoras da vida. Promovem a adoção do paradigma médico-espírita na prática da medicina. Desta forma, o suicídio assistido, e qualquer outra ação que atente contra a vida, vão de encontro a este paradigma. A certeza de que a vida é um *continuum*, não findando com a morte física, e que o respeito e conservação dela até os últimos estertores, sem abreviá-la, representam princípios éticos e salutares.

Viver, na concepção da medicina espiritual, é uma experiência com várias facetas, sendo o sofrimento uma delas. Porém, muitos ainda não aceitam esta realidade e adentram na busca de saídas que os façam escapar, antes mesmo de lutar. Assim agem muitos pacientes e também muitos profissionais de saúde.

A AME-Brasil, ao abordar o tema em vários comunicados seus, com na Carta de Princípios elaborada no II Encontro Internacional de Médicos Espíritas – IV Congresso Nacional das Associações Médico Espíritas do Brasil, em junho de 2003³. Assim diz:

Manifestamo-nos:

1 - contrariamente a qualquer meio intencional que antecipe a morte natural do ser humano, seja pela eutanásia, ativa ou passiva, ou pelo suicídio assistido.

2 – contrariamente à distanásia, por entendermos tratar-se de um prolongamento inútil da vida, por uma obstinação terapêutica ou diagnóstica, através de meios artificiais que não trazem benefícios imediatos ao paciente, levando-o a uma morte agoniada, com muito sofrimento orgânico, psíquico e espiritual.

3 – favoravelmente à ocorrência da morte natural, a que se dá no tempo certo. Compete-nos respeitar a autonomia do paciente - suas crenças, medos, desejos e esperanças -, oferecendo-lhe apoio médico, psicológico, religioso e familiar, que lhe possibilite morrer sem dor

e viver, com dignidade, seus últimos instantes de vida terrena. Compreendemos o processo do morrer como uma fase importante para o aperfeiçoamento do Espírito, repleto de experiências enriquecedoras, tanto para o médico, quanto para o paciente, sobretudo, quando ambos têm os olhos voltados para a realidade da vida imortal.

Por fim, a Dra Marlene Nobre, grande palestrante e divulgadora do Paradigma Médico Espírita no Brasil e no Mundo nos diz:

“Com base na fé raciocinada, o médico espírita tem certeza de que a eutanásia é um gesto de insubordinação, de rebeldia, da criatura perante o seu Criador, e que, no devido tempo, responderá por ela, assim como os demais envolvidos. Que Jesus nos livre de semelhante crime em nossa Constituição.”⁽⁴⁾

Referências

1 - SMITH, K. A., HARVARTH, T. A., GOY E. R., & GANZANI, L. Predictors of Pursuit of Physician-Assisted Death. *Journal of Pain and Symptom Management*. 49(3), 555-561. Elsevier Inc: 2015.

2 LUCCHETTI G, OLIVEIRA L R, LEITE J.R., LUCCHETTI, A.L.G. Medical students and controversial ethical issues: results from the multicenter study SBAME. *BMC Medical Ethics*. 2014

3 – Associação Médico Espírita do Brasil. *Carta de Princípios da Associação Médico – Espírita do Brasil*. 2003. Disponível em <http://www.amebrasil.org.br/2011/node/646?q=node/76> Data de acesso: 20.abr.2015

4 – NOBRE, M.R.S. *Eutanásia é crime*. AME BRASIL. Disponível em <http://www.amebrasil.org.br/2011/node/79> . Data de acesso: 20.abr.2015

Islan Penha do Nascimento é médico otorrinolaringologista formado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), médico do Hospital Universitário UFPB – João Pessoa, Mestre em Neurociência da cognição e comportamento, professor de Fonoaudiologia do Unipê – João Pessoa, Fellow da Fundação Fisch – Zurich e presidente da AME-Paraíba.



Seja um sócio correspondente

Com o objetivo de ampliar cada vez mais o Movimento Médico-Espírita no mundo, a AME-Internacional está abrindo espaço para a participação de sócios correspondentes. É uma forma de todos colaborarem enviando-nos notícias, textos e pesquisas, e estreitar o relacionamento entre nós.

Contamos com a sua participação ativa na ampliação do Movimento Médico-Espírita e na implantação de novos paradigmas para a ciência. Participe!

Cadastre-se já, acessando o site: www.amebrasil.org.br/sociocorrespondente.html
Outras informações na Associação Médico-Espírita do Brasil - Telefax: 55 11 5585-1703

LINKS PELO MUNDO

Confederação Espírita Colombiana
www.confecol.org

British Union of Spiritist Societies
www.buss.org.uk

Allan Kardec Studien - und Arbeitsgruppe
ALKASTAR e.V. - Rutenweg 3
37154 - Northeim - Alemanha
Tel.: 00 49 5111 914 95 02
www.alkastar.de
www.kongress-psychomedizin.com
www.psychomedizin.com

Grupo Espírita Batuíra
Editora Verdade e Luz
Email: vendas@verdadeluz.com
URL: <http://www.verdadeluz.com>
Telefone (351) 21 412 1062
Telemóvel (351) 21 412 3337
Fax: (351) 412 3338
Morada: Rua Marcos Portugal 12A
1495-091 - Algés - Portugal

Movimento Espírita Francofônico
www.lmsf.org

ONDE ENCONTRAR LIVROS

ALEMANHA
Editora Lichttropfen
Lichttropfen Verlag
Rutenweg 3
37154 - Northeim - Alemanha
Telefone: 00 49 5551 914 95 02
www.lichttropfen-verlag.de

REINO UNIDO - LONDRES
www.roundtablepublishing-uk.com
www.buss.org.uk

ITÁLIA
e-mail: tinapt@tiscalinet.it

LUXEMBURGO
allankardeclux@yahoo.fr

POLÔNIA
E-mail: przemekgrzybowski@poczta.onet.pl
(contato em inglês, esperanto e polaco)

Editora Rivail
www.rivail.pl - konrad.jerzak@rivail.pl
(contato em polonês, esperanto, inglês, francês, português, espanhol)

ESTÔNIA
e-mail: august.kilk@mail.ee

FRANÇA
Conseil Spirite Français
www.spiritisme.org
e-mail: ca@conseil-spirite.fr

SUÉCIA
e-mail: 4bergman@telia.com
Cidinha Bergman

NORUEGA
e-mail: geeak@chello.no
www.geocities.com/athens/oracle/8299

LIVROS DO CEI NA EUROPA
Edicei-Suisse - www.edicei.ch
Edicei-Europa - www.edicei.eu

E.U.A.
www.ediceiofamerica.com
e-mail: andrea.marshall@edicei.com