

R E V I S T A

# Saúde & Espiritualidade

#31 Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | 2022



## *Eutanásia* em pacientes com **Covid**



A **cidade de Santos** no roteiro de expansão da **homeopatia** nos serviços públicos de saúde no **Brasil**

**Aceitação científica** do **Espírito** - uma peça de ficção ambientada em 2071

Limites éticos sobre a **eutanásia** e o **suicídio assistido**

# Editorial

Amigo(a) leitor(a),

A homeopatia, como especialidade médica, tem sido um expoente da visão vitalista dentro da área da saúde, como defende o Espiritismo. Historicamente, os homeopatas têm sido importantes apoiadores dos princípios espíritas da mesma forma que a Espiritualidade vem atuando em relação à prática homeopática. Antes dos espíritas, foram os homeopatas que, primeiramente, introduziram o exercício do passe, como preconiza Samuel Hahnemann no seu livro *Organon da arte de curar*.

Nesta edição, portanto, trazemos importantes considerações sobre a história da homeopatia em Santos/SP e o ideal de cura da homeopatia.

Atentos aos reflexos filosóficos, socioculturais e emocionais que a pandemia de Covid-19 tem gerado no mundo, a bioética médico-espírita se posiciona sobre a proposta da prática da eutanásia em pacientes com Covid-19 na Nova Zelândia e acerca dos limites éticos da eutanásia e do suicídio assistido.

Para finalizar, temos uma interessante reflexão futurista sobre o impacto do modelo espiritualista da consciência frente ao modelo materialista vigente.

Aproveitem!

**Gilson Luís Roberto**

Presidente da AME-Brasil

*Saúde & Espiritualidade* é uma publicação da Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-Brasil).

Diretoria AME-Brasil - Biênio 2021-2023:

**Presidente:** Gilson Luís Roberto

**Vice-presidente:** Kátia Maria Marabuco

**1º Secretário:** Fábio Nasri

**2º Secretário:** Ricardo José dos Santos

**1º Tesoureira:** Márcia Regina Colasante Salgado

**2º Tesoureiro:** Paulo Rogério Dalla Colletta de Aguiar

**Conselho Editorial:** Departamento de Comunicação AME-Brasil

**Jornalista Responsável:** Giovana Campos

**Revisão Textual:** Gaia Revisão Textual

**Planejamento Gráfico:** Dimitrius Gutierrez (JiMyM4rt3)

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](mailto:amebrasil@amebrasil.org.br)



## 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.

Essa é uma forma de todos colaborarem, enviando-nos notícias, textos e pesquisas, visando assim 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](http://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](http://www.confecol.org)

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

Movimento Espírita Francofônico  
[www.lmsf.org](http://www.lmsf.org)

British Union of Spiritist Societies  
[www.buss.org.uk](http://www.buss.org.uk)

Grupo Espírita Bатуíra  
Editora Verdade e Luz  
Email: [vendas@verdadeluz.com](mailto: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

### ONDE ENCONTRAR LIVROS

#### ALEMANHA

Editora Lichttropfen  
Lichttropfen Verlag  
Rutenweg 3  
37154 - Northeim - Alemanha  
Telefone: 00 49 5551 914 95 02  
[www.lichttropfen-verlag.de](http://www.lichttropfen-verlag.de)

REINO UNIDO - LONDRES  
[www.roundtablepublishing-uk.com](http://www.roundtablepublishing-uk.com)  
[www.buss.org.uk](http://www.buss.org.uk)

#### ITÁLIA

e-mail: [tinapt@tiscalinet.it](mailto:tinapt@tiscalinet.it)

#### LUXEMBURGO

[allankardeclux@yahoo.fr](mailto:allankardeclux@yahoo.fr)

#### POLÔNIA

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

Editora Rivail  
[www.rivail.pl](http://www.rivail.pl) - [konrad.jerzak@rivail.pl](mailto:konrad.jerzak@rivail.pl)  
(contato em polonês, esperanto, inglês, francês, português, espanhol)

#### ESTÔNIA

e-mail: [august.kik@mail.ee](mailto:august.kik@mail.ee)

#### FRANÇA

Conseil Spirite Français  
[www.spiritisme.org](http://www.spiritisme.org)  
e-mail: [ca@conseil-spirite.fr](mailto:ca@conseil-spirite.fr)

#### SUÉCIA

e-mail: [4bergman@telia.com](mailto:4bergman@telia.com)  
Cidinha Bergman

#### NORUEGA

e-mail: [geeak@chello.no](mailto:geeak@chello.no)  
[www.geocities.com/athens/oracle/8299](http://www.geocities.com/athens/oracle/8299)

#### LIVROS DO CEI NA EUROPA

Edicei-Suisse - [www.edicei.ch](http://www.edicei.ch)  
Edicei-Europa - [www.edicei.eu](http://www.edicei.eu)

#### EUA

[www.ediceiofamerica.com](http://www.ediceiofamerica.com)  
e-mail: [andrea.marshall@edicei.com](mailto:andrea.marshall@edicei.com)

# Sumário





07

A **cidade de Santos** no roteiro de expansão da **homeopatia** nos serviços públicos de saúde no **Brasil**



18

**Eutanásia** em pacientes com **Covid-19** na **Nova Zelândia**



21

**Aceitação científica** do **Espírito** - uma peça de ficção ambientada em 2071



24

Limites éticos sobre a **eutanásia** e o **suicídio assistido**

The background image shows a close-up of a doctor's hands holding a patient's hands. The doctor is wearing blue scrubs and a stethoscope. The patient's hands are clasped together, and the doctor's hands are gently holding them. The text is overlaid on the left side of the image, with a blue vertical bar behind the first part of the title.

# Abordagem **médico-espírita** na prática



# A cidade de Santos no roteiro de expansão da homeopatia nos serviços públicos de saúde no Brasil<sup>1</sup>

Célia Maria Patriani Justo  
Mara H. de Andréa Gomes

## A homeopatia no Brasil

A homeopatia foi introduzida no Brasil em novembro de 1840 pelo ex-comerciante e médico francês de Lyon, Benoit Jules Mure, conhecido como doutor Bento Mure. Médico homeopata com atuação política ligada ao socialismo de Fourier, sua participação nesse movimento o trouxe ao Brasil com a intenção de criar um falanstério, comunidade social e produtiva, com característica de cooperativa, na região de Sahy, em Santa Catarina, onde chegou a congregar adeptos. Sua proposta de implantação da colônia socialista, no entanto, não alcançou os resultados esperados, por isso, em 1843, Mure retornou ao Rio de Janeiro.

Entre ações relevantes para a implantação e expansão da terapêutica homeopática em nosso país, nos oito anos em que permaneceu no Rio, o doutor Mure fundou o Instituto Homeopático

do Brasil e a Escola de Homeopatia. Não podemos deixar de destacar a figura de seu amigo João Vicente Martins, médico responsável pela introdução dessa terapêutica na Bahia e em Pernambuco.

A história político-institucional da homeopatia, como relata Luz (1996), foi marcada por polêmicas com a medicina oficial. Os homeopatas buscavam legitimar suas práticas e seu saber junto à sociedade brasileira mediante várias estratégias e ações, apesar das lutas internas no movimento. Foi necessário transcorrer mais de século, contudo, até que surgissem leis específicas na área farmacêutica, em 1965, com a aprovação da primeira edição da *Farmacopeia homeopática brasileira*, em 1977, revista e ampliada em 1997, completando a oficialização da produção, fiscalização e profissionalização da farmácia homeopática no Brasil.

No âmbito da área médica, a oficialização da homeopatia ocorreu com a fundação da Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB).

<sup>1</sup> Artigo originalmente publicado na revista *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1.159-1.171, out.-dez. 2007. Para esta edição, foram atualizadas a ortografia e as referências.

Além da institucionalização, a AMHB permitiu que a homeopatia fosse reconhecida como especialidade médica pela Associação Médica Brasileira (AMB) em 1979 e, no ano seguinte, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Esses reconhecimentos contribuíram para que a nova especialidade fosse legitimada politicamente e institucionalizada nos serviços públicos de saúde a partir de 1985, com a assinatura do convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj) e o Instituto Hahnemanniano do Brasil (IHB) (Luz, 1996).

A fundação da Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH), em 1990, foi importante para a consolidação da atenção médica homeopática e resultou no *Manual de normas técnicas para farmácia homeopática*, editado em 1991, 1995 e 2003.

Dentre os acontecimentos que seguiram, vale destacar dois eventos que contribuíram para a consolidação da homeopatia: sua inserção nos próprios serviços do Inamps (Brasil, 1986b) e a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986a), que, em suas resoluções finais, destaca o direito de o usuário escolher a homeopatia entre as terapêuticas com que deseja se tratar (Brasil, 1986a).

Em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan) – abrangendo os Ministérios da Saúde, Educação, Previdência, Trabalho e Planejamento – publicou a resolução que traçava as primeiras normas para implantação do atendimento homeopático nos serviços públicos de saúde (Brasil, 1988). Com essa medida, as redes locais de saúde começaram a introduzir programas de terapias alternativas, iniciando um movimento de expansão no qual os municípios ganharam autonomia para a execução dos serviços de saúde. Muitos deles passaram, assim, a considerar a homeopatia como opção terapêutica a ser inserida nesses serviços.

No mesmo ano foi criado em São Paulo, na Secretaria Estadual de Saúde, o pioneiro Grupo Especial de Programas em Práticas Alternativas de Saúde. Em 1989, o Grupo lançou um documento que se tornaria referência para outros estados, denominado *As diretrizes gerais para o atendimento homeopático* (Moreira Neto, 2001). O Centro de Saúde da Barra Funda, ligado à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, que desde 1981 oferecia tratamento homeopático a um número limitado de pacientes, nessa época ampliou o atendimento e tornou-se referência, fato considerado um marco importante para a implantação da homeopatia na atenção primária à saúde (Silva *et al.*, 1988).

Os princípios da integralidade, equidade e universalidade, presentes na reforma sanitária e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), serviram de parâmetros para consolidar a prática da homeopatia, mediante a consideração do paciente como unidade hierarquizada e indivisível numa abordagem ampliada do processo saúde-doença, sem restringi-lo a recortes patológicos.

A homeopatia foi introduzida na rede pública da cidade de Santos, em São Paulo, em fevereiro de 1988, de início centralizada na Secretaria de Higiene e Saúde e, posteriormente, descentralizada – não sem dificuldades –, com a criação do Setor de Práticas Alternativas (Sepral). Desde então, apesar de funcionar em caráter oficioso, esse setor disponibiliza tratamento homeopático para adultos e crianças, buscando possibilitar, conforme informações de seus integrantes, o acesso democrático a essa terapêutica.

Para reconstruir o contexto de implantação da homeopatia nos serviços públicos de Santos, precisamos levar em conta o importante trabalho desenvolvido por aqueles que atuaram na sua introdução, divulgação e expansão.



Além do serviço prestado à população pelos homeopatas médicos e farmacêuticos, encontramos registros de consultas realizadas por médiuns receitantes em centros espíritas.

## Os pioneiros da homeopatia em Santos

Em São Paulo, a homeopatia foi introduzida na cidade de Lorena por volta de 1845, quando, munidos de uma botica e de conhecimentos adquiridos, os médicos diplomados pela Escola Homeopática do Brasil promoviam sua difusão por inúmeras cidades do interior.

A homeopatia ganhou mais força após 1890, graças à atuação de pioneiros como José Ferraz de Magalhães Castro, presença significativa em Santos, a ponto de ser muito estimado por grande clientela. Segundo Nilo Cairo (1991), autor de livro ainda hoje usado por muitos pacientes que buscam a homeopatia como fonte de orientação medicamentosa, Magalhães Castro

era considerado na época um dos maiores concededores de matéria médica homeopática.

Outro precursor digno de menção é Benedito Júnior, cofundador da Sociedade Espírita Anjo da Guarda, em 1883, época em que eram terminantemente proibidos o estudo e a prática do Espiritismo no Brasil. Por esse motivo fundou-se pouco depois, em 28 de agosto de 1895, a Associação Auxílio aos Necessitados, que funcionava paralelamente à sociedade espírita e cujo trabalho de assistência justificava a presença do grupo. Note-se que, na mesma data e local, foi criada a primeira farmácia homeopática de Santos, também denominada 28 de Agosto, em homenagem a Santo Agostinho, falecido nessa data.

Por mais de cem anos, a farmácia 28 de Agosto possibilitou o fornecimento gratuito de medicamentos homeopáticos no atendimento à população carente, contribuindo de maneira efetiva para a divulgação, expansão e consolidação da homeopatia em Santos.

Benedito Júnior atuava como médium receitante, realizando consultas e fornecendo medicamentos homeopáticos gratuitamente, ações que lhe renderam (e à homeopatia) muitos adeptos. As visitas domiciliares aos enfermos também redundaram em apoio e confiança, tanto das famílias populares como das mais abastadas, e ainda ajudaram na admissão de seu filho, Cícero Augusto de Souza, na Associação. As atuações de ambos nos fazem supor terem contribuído para a aceitação e divulgação não apenas do ideário kardecista como também da própria homeopatia.

Benedito Júnior e seu filho viram suas atividades em conjunto muito ampliadas por ocasião da epidemia de febre amarela, em 1917, quando a Farmácia 28 de Agosto recebeu pedidos até mesmo de outros estados. Para dar conta da maior demanda por remédios homeopáticos, a Sociedade contraiu uma dívida considerada elevada para a época, posteriormente quitada graças às contribuições do comércio cafeeiro de Santos.

Apenas em 1929 encontramos registro de um posto médico voltado para a homeopatia, sob responsabilidade de João Olavo Canto.

À frente da Farmácia 28 de Agosto estava o farmacêutico José Soares Santiago, auxiliado por Hilda de Andrade e João Ferraz de Barros, médium receitante conhecido como Seu Joãozinho, que trabalhou com Benedito Júnior no atendimento aos necessitados e prestou atendimento homeopático por mais de trinta anos, até o seu falecimento em 1963.

Durante muitos anos, tanto o atendimento médico como os medicamentos foram oferecidos gratuitamente, pois tal prática constava do regulamento da Associação Auxílio aos Necessitados, dando-nos uma ideia de quão imbricadas eram, em Santos, a atenção médica e a espírita no tocante à homeopatia. Só a partir de 1942, para contornar dificuldades econômicas,

a diretoria da Associação passou a autorizar a cobrança dos medicamentos, embora a instituição continuasse com a distribuição gratuita às pessoas carentes. A renda advinda da venda de medicamentos impulsionou o crescimento da Farmácia 28 de Agosto, e era dela que provinha a maior parte dos recursos para manutenção dos serviços assistenciais prestados pela Sociedade Espírita Anjo da Guarda e pela Associação Auxílio aos Necessitados, até que em 1968 ocorreu a fusão das duas entidades. A respeito dessa fusão, Dias (1994, p. 158) afirma:

Desde que o Espiritismo deixou de ser combatido e perseguido, o grupo de irmãos que militava nas duas entidades decidiu uni-las, uma vez que eram dirigidas pelos mesmos elementos [...] a fundação da Associação em 1895 não foi apenas com o objetivo de ampliar o trabalho assistencial, mas, principalmente, para servir de cobertura para os trabalhos espirituais, que naquela época não eram aceitos por aqueles que desconheciam as suas elevadas finalidades. Justo portanto que, removidas as dificuldades, conquistada a liberdade de religião e de pensamento, fosse realizada a pretendida fusão.

No posto médico do Anjo da Guarda colaboraram os médicos João Olavo Canto, Ernesto Toledo Arruda, João Batista de Barros Pimentel, Manoel Pereira Nogueira e Alexandre Alves Peixoto. Com a morte deste último em 1975, após mais de quarenta anos de trabalho na instituição, houve dificuldade para se conseguir um médico homeopata que o substituísse. O lugar foi ocupado por Luiz Guilherme Gomes Barbarisi, que durante mais de 15 anos atendeu tanto a sua clientela particular como pessoas sem recursos indicadas pela Associação.

Não encontramos registro dos motivos que conduziram às dificuldades econômicas enfrentadas posteriormente pela Farmácia 28 de Agosto, a ponto de ser fechada em 1996, após um

século de funcionamento e de contribuição para o desenvolvimento da homeopatia em Santos. De qualquer modo, podemos observar que a introdução, a implantação e a expansão da homeopatia no município de Santos são marcadas pelo trabalho da Associação Espírita Beneficente Anjo da Guarda, na pessoa de Benedito Júnior, e pelo trabalho prestado por outros médicos e seus sucessores que, juntamente com as farmácias homeopáticas, contribuíram para o desenvolvimento dessa prática na cidade.

Entre esses médicos destacam-se o cirurgião Rivaldo Azevedo e seu filho Rivaldo Azevedo Júnior, além do renomado homeopata José de Almeida Prado, assíduo frequentador do consultório de Murtinho Nobre, considerado um dos mestres da homeopatia no Brasil. Almeida Prado mudou-se para Santos em 1935 e lá clinicou por quase quatro anos. Em 1959, juntamente com o farmacêutico Rubens Gimenes, fundou o laboratório homeopático Almeida Prado, um dos mais conceituados do país até a atualidade.

Ao longo de quase 50 anos, Nelson Toledo Piza desenvolveu suas atividades para ampla clientela. Após sua formatura na Universidade de São Paulo, em 1935, viajou para a Europa, onde conviveu com Leon Vannier e J. A. Lathoud, eminentes mestres da homeopatia na França. Mudou-se para Santos a convite de Almeida Prado. O baiano Lothário Americano, já com experiência de trabalho em farmácia homeopática, visitou Santos em 1948, durante um congresso de homeopatia realizado em São Paulo, e foi convidado por Toledo Piza para clinicar na cidade. Mudou-se com a família em 1950 e, além do próprio consultório, montou um laboratório homeopático.



Como não poderia deixar de ocorrer, desde os primórdios da homeopatia em Santos a área farmacêutica acompanhou a expansão desse campo. João Thomaz de Mello Senra, licenciado como prático em 1888, fundou em 1902 a farmácia alopática Serpiária, mas vendeu-a em seguida para inaugurar sua farmácia homeopática, após ter sido curado de uma enfermidade por Magalhães Castro. Mário Gonçalves Pereira e Oswaldo Renna Burt também fizeram parte do rol de farmacêuticos homeopatas em Santos – o primeiro fundou a Farmácia Homeopata em 1930, e o segundo, a Farmácia Colombo em 1939.

Durante muitos anos, portanto, a homeopatia em Santos desenvolveu-se graças à ação conjugada de médiuns receitantes, médicos e farmacêuticos, de onde podemos supor que a conjugação de homeopatia e Espiritismo contribuiu para a aceitação dessa medicina por parte da população. Embora a Associação Anjo da Guarda tenha deixado de prestar atendimento homeopático após o fechamento da Farmácia 28 de Agosto, os cem anos em que atuou junto às classes populares e abastadas haviam rendido frutos, e a ampla aceitação da homeopatia em Santos facilitou a sua implantação nos serviços públicos, ainda que com outra feição.

## A implantação da homeopatia na rede pública de Santos

A introdução do atendimento homeopático na rede pública de Santos, em 4 de fevereiro de 1988, significou ampliação do acesso a essa terapêutica, que deixava de configurar uma caridade praticada por alguns para ser um direito de cidadania assegurado pela proposta de universalização da assistência médica e do direito de escolha.

## O início

Para padronizar as condutas dos 11 médicos homeopatas, o serviço era centralizado na Secretaria de Higiene e Saúde (Sehig), mas diante dos resultados positivos alcançados, em 1989 esse serviço foi transferido para as unidades básicas, então denominadas Postos de Assistência Comunitária (PAC). Tais medidas foram acompanhadas pela criação, no mesmo ano, do Centro de Práticas Alternativas (Cepral) do município, cuja finalidade é atuar tanto no atendimento como na divulgação e pesquisa nas modalidades de homeopatia, acupuntura e fitoterapia. Nessa etapa inicial, o atendimento homeopático também foi implantado no Posto de Atendimento Médico (PAM) Aparecida, resultado de uma parceria entre o estado e o município.

A partir de então, a promoção de uma série de eventos voltados para profissionais tem contribuído para divulgar a homeopatia em toda a região da Baixada Santista, a exemplo dos Encontros de Homeopatia em Saúde Pública, da comemoração do Dia Nacional da Homeopatia (21 de novembro), de cursos introdutórios às práticas alternativas e da Semana Integrada de Saúde, voltada para educação em saúde e envolvendo outros municípios. Para a população em geral, encontramos notícias de realização de cursos informativos, entrevistas em rádio e televisão e publicação de matérias em jornais e revistas, além de palestras em comunidades de bairros e escolas municipais. Como apoio didático ao programa de educação em saúde, a secretaria municipal publicou o manual informativo *O que você precisa saber sobre homeopatia*, que esgotou sua primeira edição com dez mil exemplares.

Um estudo mais sistemático sobre as repercussões desse processo consistiu em uma avaliação do serviço junto aos usuários de homeopatia, com aplicação de 270 questionários, apresentado no 3º Encontro de Homeopatia no Serviço



Público, realizado em São José dos Campos, em 1992, e no 21º Congresso Brasileiro de Homeopatia, em Belo Horizonte. Os resultados mostraram que 59,25% dos pacientes procuraram a homeopatia em razão de problemas respiratórios e que, destes, 85,62% obtiveram resultados satisfatórios com o tratamento.

## Os desdobramentos

O período seguinte à fase de implantação da homeopatia na rede pública de Santos lembra as dificuldades enfrentadas desde os anos 1970 (Luz, 1996), já que se amplia a luta pela expansão dessa atividade: além dos profissionais alopatas, outros protagonistas são envolvidos, inclusive demais servidores públicos e diversas instâncias decisórias. Vários itens compõem as dificuldades relatadas em ofícios durante a década de 1990: número insuficiente de profissionais, pedidos de afastamento por insatisfação e discriminação do trabalho nas unidades; precariedade de espaço de trabalho; falta de convênio com farmácias homeopáticas para garantir o medicamento gratuito ao paciente; falta de oficial administrativo; falta de recursos humanos e materiais; e impossibilidade de expansão do programa de acupuntura, que contava com apenas um profissional para o atendimento de todo o município.

A inserção oficial do Sepral no organograma da Secretaria, em 1993, conferiu novo alento para a expansão dessa medicina em Santos, pois significou sua inclusão no orçamento municipal. Entretanto, a licitação encaminhada para contratação de uma farmácia homeopática, para fornecimento de medicamentos pelo período de um ano, seria adiada. E transcorridos apenas dois anos, o Sepral foi retirado do organograma oficial e transferido para o Serviço de Reabilitação e Fisioterapia, causando surpresa e indignação dos profissionais que atuavam no setor e os cerca de quatro mil usuários cadastrados, que temiam a extinção do serviço em curto prazo. Um dos motivos dessa alteração pode ter sido a reduzida capacidade de atendimento da homeopatia em relação à medicina convencional.



Deve-se considerar que a consulta homeopática exige maior tempo do médico no atendimento ao paciente, pois a escolha do medicamento depende de uma abordagem integral da pessoa que está doente e requer tempo. Em um sistema de assistência médica em que a quantidade de pacientes atendidos é critério de produtividade, o atendimento homeopático é desfavoravelmente avaliado. O cálculo poderia ser facilmente modificado se fosse levado em conta que, no contexto da medicina convencional, a rapidez da consulta acaba acarretando maior quantidade de exames complementares para a realização do diagnóstico, muitas vezes encarecendo o ato médico. No atendimento homeopático, ao contrário, reduz-se o número de exames complementares, uma vez que a consulta prioriza a relação médico-paciente no tempo e na abordagem.

Constatamos um gradual esvaziamento da alentada e prometida expansão do atendimento homeopático na rede pública de Santos quando, em 1996, uma moção do Sepral encaminhada à 4ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em julho daquele ano, apresentava uma série de reivindicações para fazer frente

a não renovação do contrato firmado com a farmácia homeopática. O tom reivindicatório da moção revela o embate que profissionais e técnicos travam em um âmbito de extensão de direitos, além de expor um aspecto do campo de luta pela consolidação da homeopatia como alternativa à medicina convencional. Seus itens são: oficialização da homeopatia na rede de saúde pública; direitos idênticos aos dos outros serviços; concurso público para ampliar o quadro de especialistas; incentivo de pesquisas nas especialidades e reciclagem dos profissionais; fornecimento gratuito de medicamentos homeopáticos à população; e infraestrutura adequada para o desenvolvimento do setor.

No entanto, não foram apenas os profissionais que se organizaram. Em 1999, os pacientes atendidos na rede pública constituíram o Movimento dos Amigos e Usuários da Homeopatia e Acupuntura (Mauha), cujo estatuto foi acompanhado de um abaixo-assinado com 15 mil assinaturas solicitando, ao secretário municipal, a ampliação do setor. O Mauha pode ser considerado um movimento de base popular, suprapartidário e sem fins lucrativos. Participa do Conselho Municipal de Saúde e está voltado

para o desenvolvimento da homeopatia e da acupuntura na rede de saúde pública, com ações de apoio para a implantação, implementação e consolidação da homeopatia nesses serviços. Entre seus objetivos está a busca por garantia de acesso e livre escolha aos usuários da homeopatia e da acupuntura; sensibilização das autoridades de saúde para que cumpram a legislação do município relacionada a essas especialidades; luta pelo fornecimento gratuito de medicamentos homeopáticos na rede de saúde do município; implementação de programas como educação integrada continuada, combate à osteoporose, realização de atividades físicas e controle de tabagismo; incentivo ao estudo e à pesquisa sobre homeopatia e acupuntura; comemoração anual do Dia Nacional da Homeopatia; estímulo a campanhas de saúde; conquista de infraestrutura e número adequado de profissionais, bem como garantia de continuidade dos programas do setor.

## Perspectivas

Apesar das dificuldades, o Sepral fornece tratamento homeopático para adultos e crianças, além de acupuntura e atividades físicas para os participantes de seus programas. Sua clientela é a mesma atendida na rede pública, com demanda livre ou por encaminhamento de outro profissional da saúde. A capacidade de atendimento é de vinte horas semanais, que correspondem a duas consultas e seis retornos por dia. São encaminhados para a consulta não só os pacientes que procuram tratamento homeopático pela primeira vez, mas também aqueles que se afastaram por um ano ou mais e agora voltam a procurar o serviço.

Por falta de computador e outros requisitos necessários para viabilizar informações, não existe controle da demanda reprimida nem

integração de informação entre as unidades básicas que dispõem de atendimento homeopático. Entretanto pudemos constatar, em nossas observações de campo, que essas dificuldades são contornadas com boa vontade e empenho dos profissionais que trabalham na recepção. Observamos também uma postura administrativa flexível, que facilita o acompanhamento clínico dos pacientes em tratamento, pois estes são atendidos pelo médico homeopata de acordo com suas necessidades, mesmo quando a consulta não está agendada.

A implementação da homeopatia no SUS representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde e não apenas na doença, uma vez que recoloca o paciente no centro do paradigma, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. A inclusão das consultas médicas homeopáticas na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), em 1999, deu visibilidade ao crescimento da atenção homeopática na rede pública. Segundo a Comissão de Saúde Pública da AMHB, observou-se um crescimento anual de 10% até o final de 2003. Nesse ano, vinte estados e cerca de cem municípios informaram a realização de consultas homeopáticas no sistema.

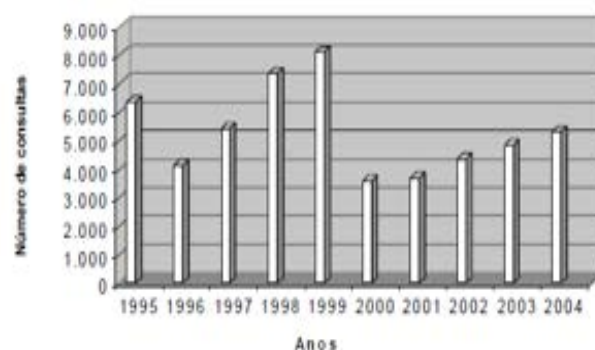


Figura 1 – Total de consultas anuais de homeopatia no Sepral/Secretaria Municipal de Saúde – Santos, 1995 a 2004  
Fonte: Sepral.

Em Santos, no período compreendido entre 1995 e 2004, mais de cinquenta mil pessoas foram atendidas pelo setor de homeopatia. A Figura 1 apresenta o atendimento realizado nesse período, observando-se que em 1998 e 1999 foram realizadas mais de sete mil consultas. A queda a partir de 2000 ocorreu, possivelmente, devido à aposentadoria ou transferência de médicos homeopatas sem a necessária reposição de novos profissionais. No entanto, percebe-se um gradativo aumento do número de consultas até 2004, o que indica uma demanda crescente por esse tipo de tratamento.

Permanecem, porém, muitos desafios a superar, desde a oficialização do setor, com sua inclusão no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, até a realização de concurso público para ampliar o quadro de especialistas, como também o fornecimento gratuito de medicamentos homeopáticos à população, o incentivo a pesquisas e, ainda, a adequação de infraestrutura para o desenvolvimento do setor. A situação atual requer grande esforço da equipe profissional, que se esforça para garantir o atendimento homeopático aos pacientes do SUS.

Apesar da permanência de aspectos críticos, vislumbra-se uma situação favorável de mudanças que permitirão o atendimento homeopático a grupos maiores da população: trata-se da Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006, relativa à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Essa política atende, sobretudo, à necessidade de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais destacam-se as ações relativas à homeopatia, medicina tradicional chinesa, acupuntura e fitoterapia, um rol de terapêuticas que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e de recuperação da saúde.

Para finalizar, enfatizamos que a homeopatia é uma especialidade médica e farmacêutica de ação generalista, que abrange todas as faixas etárias e requer tecnologia simples.

## Considerações finais

Acreditamos que a experiência de implantação e consolidação da homeopatia como opção terapêutica nos serviços públicos de saúde de Santos pode oferecer informações importantes para subsidiar a organização e integração mais efetiva dessa terapêutica em outros serviços de saúde pública, já que a integração da homeopatia às demais ações desenvolvidas pelo SUS, juntamente com a ampliação do acesso, vêm reforçar os princípios de universalização, integralidade e equidade.



## Referências

ASSOCIAÇÃO MÉDICA HOMEOPÁTICA BRASILEIRA (AMHB). *A verdadeira história da homeopatia no Brasil*. [2021?]. Disponível em: <https://amhb.org.br/a-verdadeira-historia-da-homeopatia-no-brasil/>. Acesso em: 10 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. *A homeopatia no Sistema Único de Saúde*. [2005?]. Disponível em: [www.amhb.org.br/nuke/modules.php?name=Comissoes&file=article&sid=210](http://www.amhb.org.br/nuke/modules.php?name=Comissoes&file=article&sid=210). Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. *Portaria n. 971, de 3 maio de 2006*. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=Portaria+n.+971%2C+3+maio+2006&oq=Portaria+n.+971%2C+3+maio+2006&aqs=chrome..69j57joi22i30.447j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>. Acesso em: 10 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. *Resolução Ciplan n. 4, de 8 de março de 1988*. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=6212&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Comiss%E3o%20Interministerial%20de%20Planejamento%20e%20Coordena%E7%E3o&numero=4&situacao=VIGENTE&data=08-03-1988>. Acesso em: 10 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. Relatório final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986a, Brasília, DF. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 10 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. Resolução Inamps n. 112, de 28 jan. 1986. *Boletim Inamps*, Brasília, DF, 1986b.

CAIRO, N. *Guia de medicina homeopática*. 21. ed. rev. e ampl. São Paulo: Círculo do Livro, 1991.

CUNHA, C. D. A força das práticas alternativas. *Jornal da Orla*, Santos, SP, 9 maio 1999.

\_\_\_\_\_. Homeopatia pode prevenir novo surto de dengue. *Jornal da Orla*, Santos, SP, 6 set. 1998.

DIAS, E. P. G. Sociedade Espírita Anjo da Guarda. *A Pioneira*, Santos, SP, 1994.

GONZALEZ, M. H. M.; TELLINE, R. M. C. Homeopatia na ilha de São Vicente. *Pesquisa Homeopática*, Ribeirão Preto, SP, v. 3, p. 18-27, 1987.

LUZ, M. T. *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo: Dynamis, 1996.

MOREIRA NETO, G. Homeopatia em unidade básica de saúde: um espaço possível. *Revista de Homeopatia*, São Paulo, v. 66, n. 1, p. 5-26, 2001.

PINHEIRO, D. Contribuição à história da homeopatia em São Paulo. *Revista de Homeopatia*, São Paulo, v. 65, n. 2, p. 35-54, 2000.

SANTOS. *Relatórios técnicos, com a descrição das atividades desenvolvidas referentes ao período de 1988 a 2004*. Santos, SP, 2004.

\_\_\_\_\_. *Moção do Setor de Práticas Alternativas à IV Conferência Municipal de Saúde*. Santos, SP, 1996.

\_\_\_\_\_. *Histórico da implantação da homeopatia para divulgação interna referente ao período de 1988 a 1992*. Santos, 1993.

\_\_\_\_\_. *Relatório do III Encontro de Homeopatia no Serviço Público, promovido pela Secretaria Municipal e Estadual de Saúde em São José dos Campos*. Santos, SP, 1992.

SEHIG resolve acabar com práticas alternativas. *A Tribuna*, Santos, SP, 17 mar. 1995, p. 8.

SILVA, J. B. *et al.* Atendimento homeopático no Centro de Saúde da Barra Funda: uma contribuição à atenção primária à saúde. *Revista de Homeopatia*, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 126-130, 1988.



# Eutanásia em pacientes com **Covid-19** na **Nova Zelândia**

*José Roberto Pereira Santos*

O jornal *Catholic Herald* publicou em 20 de dezembro de 2021 (Caldwell, 2021) que o ministro da Saúde da Nova Zelândia admitiu incluir pacientes com Covid-19 como elegíveis para a eutanásia, dentro do que dispõe a lei do país sobre a morte assistida (“End of Life Choice Act”, de 2019). Essa é uma lei do Parlamento da Nova Zelândia, que visa dar às pessoas com doenças terminais a opção de receber assistência para morrer. A lei entrou em vigor em 7 de novembro de 2021, 1 ano após ter sido aprovada em referendo popular (Official..., 2020).

São elegíveis para a morte assistida (termo usado naquele país para a eutanásia e o suicídio assistido) todos os cidadãos ou moradores permanentes da Nova Zelândia maiores de 18 anos que: sofrem de uma doença terminal que, provavelmente, os levará à morte em 6 meses; estejam em um estado avançado de declínio irreversível da capacidade física; passam por um sofrimento insuportável que não pode ser aliviado de uma maneira que considerem tolerável. O paciente deve estar consciente e convicto da decisão e

precisa ser informado de como é realizado o processo da eutanásia. Após a avaliação e aprovação do médico assistente e de outro médico independente, uma data é marcada para que uma droga letal seja administrada sob supervisão médica. Trata-se, portanto, de uma eutanásia ativa.

A lei de morte assistida da Nova Zelândia é considerada uma das leis de eutanásia mais extremas do mundo e dá uma abertura perigosa para abusos, representando uma grave ameaça à segurança dos pacientes e de outras pessoas vulneráveis. Essa premissa tanto é verdadeira que, dos 16.000 médicos daquele país, apenas 96 aceitaram participar do procedimento (Caldwell, 2021), ou seja: 0,6%.

Em relação aos pacientes com Covid-19, o Ministério da Saúde da Nova Zelândia respondeu que “A elegibilidade é determinada caso a caso; portanto o Ministério não pode fazer declarações definitivas sobre quem é elegível. Em algumas circunstâncias, uma pessoa com Covid-19 pode ser elegível para a morte assistida” (DefenderNZ, 2021).

É controversa essa atitude do governo neozelandês, visto que a Nova Zelândia foi considerada um exemplo para o mundo na adoção de políticas sanitárias de combate à transmissão do coronavírus (Charleaux, 2021).

Como então conciliar essa política de proteção exemplar com essa atitude de instituir a eutanásia em pacientes com Covid-19 grave? Além do mais, é difícil fazer qualquer prognóstico de sobrevida em pacientes infectados pelo coronavírus, em termos individuais. Sabemos que o paciente com comorbidades tem mais chance de ter uma pior evolução, mas como se trata de uma condição aguda, todos os esforços devem ser feitos para a recuperação da saúde.

A eutanásia ativa designa o ato de promover a morte mediante um comportamento ativo e de forma rápida (ex.: injeção de uma substância letal na veia). Já a eutanásia passiva refere-se ao ato de promover a morte por omissão ou interrupção de um tratamento, que levará à morte de forma mais lenta (ex.: suspensão de medicamentos, da nutrição ou de aparelhos). A maioria dos países que permite a eutanásia opta apenas pela eutanásia passiva, pois é mais aceita pela sociedade. A eutanásia ativa é legal em poucos países (Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Espanha, Nova Zelândia e Colômbia).

Não há como conciliar uma medicina que cura com uma medicina que mata. Mesmo aqueles pacientes com comorbidades graves e que se encontrem em situação de terminalidade não devem ter sua morte antecipada, e sim receber os cuidados necessários para ter uma vida com dignidade e, se possível, sem sofrimentos. Para a Doutrina Espírita, a vida é o maior bem para o Espírito encarnado e ninguém tem o direito de abreviá-la, nem mesmo o próprio sujeito.

A Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-Brasil) é contrária a qualquer meio intencional que antecipe a morte do ser humano, seja pela

eutanásia, ativa ou passiva, ou pelo suicídio assistido. É favorável à ocorrência da morte natural, a que se dá no tempo certo, respeitando a autonomia do paciente: suas crenças, seus medos, desejos e suas esperanças; oferecendo-lhe apoio médico, psicológico, espiritual e familiar, que lhe possibilite morrer sem dor e viver com dignidade seus últimos instantes de vida terrena.

#### Referências

CALDWELL, S. New Zealand okays euthanasia for COVID patients. *Catholic Herald*, 20 dez. 2021. Disponível em: <https://catholicherald.co.uk/new-zealand-okays-euthanasia-for-covid-patients/>. Acesso em: 30 jan. 2022.

CHARLEAUX, J. P. Por que a Nova Zelândia desistiu da estratégia da 'covid zero'. *Nexo*, 4 out. 2021. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/10/04/Por-que-a-Nova-Zel%C3%A2ndia-desistiu-da-estrat%C3%A9gia-da-%E2%80%98covid-zero%E2%80%99>. Acesso em: 30 jan. 2022.

DEFENDERNZ. *Exclusive: Moh says Kiwis with COVID-19 can now be eligible for euthanasia*. 2021. Disponível em: <https://www.defendnz.co.nz/news-media/2021/12/19/exclusive-euthanasia-expansion-moh-says-kiwis-with-covid-19-can-now-be-eligible>. Acesso em: 30 jan. 2022.

OFFICIAL referendum results released. *Electoral Commission New Zealand*, 6 nov. 2020. Disponível em: <https://elections.nz/media-and-news/2020/official-referendum-results-released/>. Acesso em: 30 jan. 2022.

**José Roberto Pereira Santos** – médico reumatologista e intensivista; presidente da Associação Médico-Espírita do Estado do Espírito Santo (AMEEES) e coordenador do Departamento de Bioética Espírita da AME-Brasil.



# **Bioética**

## *Médico-espírita*



# Aceitação científica do **Espírito** - uma peça de ficção ambientada em 2071

*Marcelo Saad*

São Paulo (Brasil), 21 de maio de 2071. O tão esperado debate da Comunidade Científica Internacional começa hoje. Durante quatro dias, centenas de representantes de 120 países discutirão para chegar a uma resposta consensual à pergunta: existem atualmente evidências suficientes para considerar a existência do Espírito como um modelo acadêmico-científico? Estudiosos de todo o mundo aguardam a conclusão de um debate científico que já dura 200 anos. Desde o final do século XIX, pesquisadores de renome da Europa e dos Estados Unidos têm estudado sessões com mesas girantes ou tábuas de comunicação.

Embora o século XX tenha sido dominado pelo materialismo, alguns fenômenos desconcertantes de consciência foram relatados ocasionalmente, mas com regularidade em revistas especializadas e de alto impacto. Nas primeiras duas décadas do século XXI, um número crescente de pesquisadores começou a pesquisar o conceito de consciência independente do cérebro. As nomenclaturas variavam, como mente não local, expressões mentais não ordinárias e fenômenos anômalos de consciência. Até então, apenas métodos indiretos de investigação do Espírito eram viáveis, como estudar manifestações anômalas de consciência.

Os resultados sempre foram frustrantes nas abordagens diretas baseadas nos dispositivos eletromagnéticos disponíveis, pois a natureza do Espírito não é compatível com tais ferramentas. Além disso, os fenômenos espirituais sempre foram imprevisíveis e irregulares, impossibilitando qualquer estudo em condições controladas.

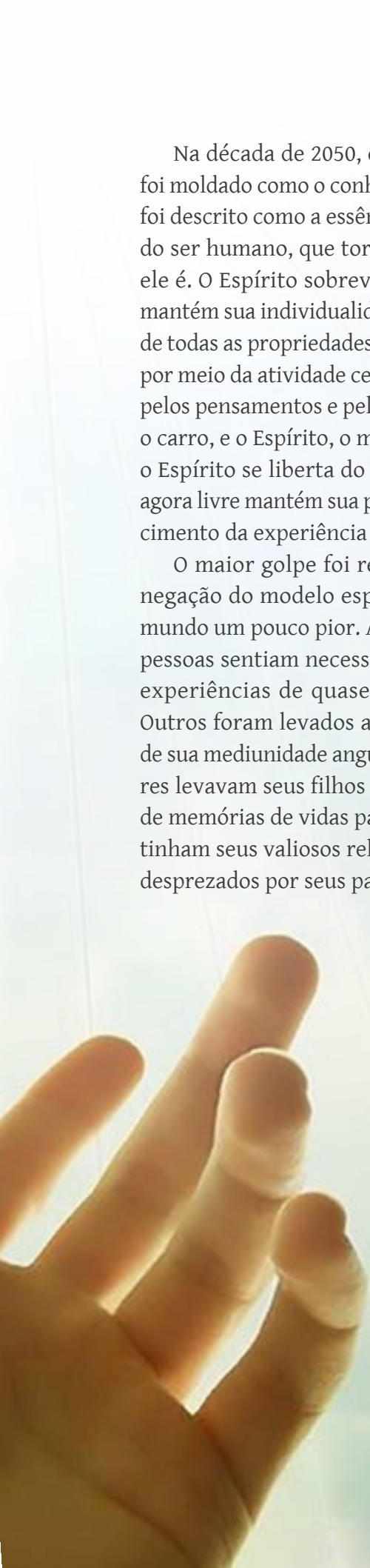
Mesmo sem evidências concretas, muitos estudiosos propuseram um modelo espiritualista para resolver algumas questões não respondidas. Na mediunidade, como é que alguns textos têm informações precisas e verificáveis em estudos bem controlados que excluem fraude ou coincidência? Nas memórias de vidas passadas, como alguns relatos podem ter correspondências verificáveis precisas, às vezes até com marcas de nascimento da *persona* anterior? Em experiências de quase morte, como algumas pessoas poderiam se lembrar de eventos reais que ocorreram no período de ressuscitação, quando a atividade cerebral estava ausente? Em experiências de final de vida, como as pessoas com demência irreversível devido a danos cerebrais podem experimentar o fenômeno de lucidez paradoxal?

O problema naquela época era que todas as propostas de Espírito estavam ligadas a religiões e não havia um modelo secular. A pandemia de coronavírus, entre 2020 e 2023, foi uma virada para os conceitos de sentido da existência e vida após a morte. Naquele momento, as inexplicáveis anomalias em estudos bem controlados faziam o paradigma científico oscilar. À medida que elas cresciam na década de 2030, o modelo materialista entrava em crise, o que pressionava por uma reavaliação dos conceitos. O modelo espiritualista foi levantado, embora ainda não se compromettesse a explicar particularidades sobre a natureza das almas, nem como algo etéreo poderia interagir com a matéria.

Na década de 2030, as discussões entre os estudiosos prosseguiram cuidadosamente para evitar preconceitos e vieses religiosos ou filosóficos que pudessem distorcer o raciocínio. Os adeptos do modelo espiritualista deveriam esclarecer que este não visava substituir o materialista, mas, sim, complementá-lo. Igualmente complicado era explicar que esse modelo não queria invalidar algumas crenças religiosas, e sim expandi-las. Acadêmicos e teólogos com inclinações imparciais e progressistas foram convidados para muitas rodadas de diálogo amplo e de mente aberta.

Desde a década de 2040, a questão mais espinhosa tem sido a possibilidade de reencarnação. Embora essa seja uma crença recorrente nas tradições orientais, o pensamento judaico-cristão sempre dominou o Ocidente. No entanto, os relatos de casos de memórias de vidas passadas cuidadosamente estudados fizeram da reencarnação a única explicação possível. A aceitação progressiva generalizada da possibilidade da reencarnação coincidiu com a saída em massa gradual das religiões formais e a adesão crescente às tradições espiritualistas não religiosas.





Na década de 2050, o modelo espiritualista foi moldado como o conhecemos hoje. O Espírito foi descrito como a essência imaterial e inefável do ser humano, que torna o ser humano o que ele é. O Espírito sobrevive à morte corporal e mantém sua individualidade. O Espírito é a fonte de todas as propriedades da mente manifestadas por meio da atividade cerebral pela consciência, pelos pensamentos e pelas emoções; o cérebro é o carro, e o Espírito, o motorista. Após a morte, o Espírito se liberta do corpo físico; o Espírito agora livre mantém sua personalidade e o conhecimento da experiência mundana.

O maior golpe foi reconhecer que a longa negação do modelo espiritualista tornou este mundo um pouco pior. Até a década de 2060, as pessoas sentiam necessidade de esconder suas experiências de quase morte por vergonha. Outros foram levados ao exorcismo por causa de sua mediunidade angustiante. Pais assustadores levavam seus filhos a psiquiatras por causa de memórias de vidas passadas. Os moribundos tinham seus valiosos relatos de visão espiritual desprezados por seus parentes queridos.

Muitas pessoas enlutadas permaneceram perdidas, incapazes de encontrar significado, propósito ou transcendência relacionados à morte. Hoje, a crença na vida após a morte não é mais apenas uma fantasia vazia, mas algo associado a uma melhor saúde mental. Estudos mostraram que essa crença levou a uma menor incidência de ansiedade, depressão e uma visão positiva da vida presente. Essa crença levou a um melhor processo do morrer, com menos medo da morte.

Atualmente, o modelo espiritualista é mais considerado entre os acadêmicos. Esse cenário terá um grande peso na conferência que ocorrerá nos próximos dias. Muitas autoridades envolvidas concordam que as evidências apoiam a hipótese espiritualista com valor explicativo. Não obstante, a palavra “Espírito” ainda hoje cria um incômodo no ambiente científico. A ideia de uma essência etérea transcendente ainda gera reações que variam de desdenhosas a agressivas. A existência do Espírito é considerada improvável ou delirante por uma parte da comunidade acadêmico-científica ortodoxa. A existência do Espírito é a hipótese mais forte para explicar os resultados empíricos documentados. A aceitação do modelo espiritualista será um salto de fé, embora calculado, considerando as várias pistas esparsas. Vamos aguardar as conclusões dessa reunião.

**Marcelo Saad** – diretor da Associação Médico-Espírita de São Paulo (AME-SP); também envolvido com produção científica, colaborações editoriais, palestras técnicas e tarefas acadêmicas. <https://www.msaad.org/>



# Limites éticos sobre a **eutanásia** e o **suicídio assistido**

*Luís Gustavo Langoni Mariotti*

O debate sobre a prática da eutanásia e do suicídio assistido por médico no contexto de doenças crônicas avançadas e ameaçadoras da vida não é recente. Em países como Canadá, Holanda, Luxemburgo, Japão, Reino Unido, Alemanha, Bélgica, Colômbia e em alguns estados dos Estados Unidos (Oregon, Nova Jersey, Washington, Vermont, Montana e Califórnia), essas práticas são legalizadas.

Em 2019, na Nova Zelândia, foi proposta uma lei denominada “End of Life Choice Act” (“Lei de escolha do fim de vida”), que passou por um plebiscito popular em 2020, em que 65% da

população votou a seu favor, sendo aprovada pelo Parlamento em 2021, por 69 votos a favor e 51 contra. Trata-se de uma lei que permite que qualquer pessoa com expectativa de vida de menos de seis meses e que esteja “sofrendo insuportavelmente” seja submetida ao suicídio assistido em até quatro dias. O morrer assistido tornou-se um serviço de saúde em 7 de novembro de 2021, e o Ministério da Saúde da Nova Zelândia é responsável pela supervisão e pelo financiamento do serviço através de secretaria específica (New Zealand, 2021).



Os critérios de elegibilidade são: ter idade igual ou superior a 18 anos ou mais; ser um cidadão ou residente permanente da Nova Zelândia; estar sofrendo de uma doença terminal que provavelmente terminará com sua vida dentro de seis meses; encontrar-se em um estado avançado de declínio irreversível da capacidade física; estar experienciando um sofrimento insuportável ou intolerável (conforme consideração da pessoa doente); e ter capacidade mental para tomar uma decisão informada sobre morte assistida.

A organização pró-vida denominada *Voice for Life*, que tem atuado contra o aborto, o suicídio assistido e a eutanásia há mais de 50 anos, lançou recentemente a iniciativa DefenderNZ (2021a), que visa promover pacificamente a defesa pela vida, sobretudo um melhor atendimento ao final da vida. Ela trabalha para defender as pessoas mais vulneráveis (portadoras de doenças ou condições ameaçadoras da vida com grande sofrimento psíquico/emocional, social, físico e espiritual) contra as ameaças promovidas pela legalização da eutanásia e do suicídio assistido.

Recentemente, essa organização questionou o Ministério da Saúde local com base na Lei de Informação Oficial (DefenderNZ, 2021b): “Um paciente gravemente hospitalizado com Covid-19 poderia ser elegível para suicídio assistido ou eutanásia sob a lei se um médico considerasse seu prognóstico inferior a 6 meses?” A resposta do Ministério da Saúde daquele país foi a seguinte: “A elegibilidade é determinada caso a caso, portanto, o Ministério não pode fazer declarações definitivas sobre quem é elegível. Em algumas circunstâncias, uma pessoa com Covid-19 pode ser elegível para morte assistida”.

Isso traz uma discussão muito importante. Primeiro: o próprio Ministério da Saúde da Nova Zelândia enfatizou na mesma nota que “uma doença terminal é, na maioria das vezes, prolongada” e que “a elegibilidade (para o suicídio assistido) é determinada pelo médico assistente e pelo médico independente”. Dessa forma, parece-nos uma interpretação vaga que sugere que a Covid-19 poderia ser considerada como uma “doença terminal”, dependendo do prognóstico do paciente e dos julgamentos subjetivos dos médicos envolvidos. Segundo: o termo “doença prolongada” pode ser altamente subjetivo. Sabemos que pacientes portadores de insuficiências orgânicas e demências têm cursos naturais de suas doenças diferentes em relação a outras condições como o câncer, e a previsibilidade dos desfechos é menor quanto às intercorrências e à fase de fim de vida. Além disso, muitos estudos evidenciam que os médicos têm grande dificuldade em prognosticar (Hui, 2015).

A Covid-19 é uma infecção potencialmente ameaçadora da vida, porém o risco de morte tem sido menor entre aqueles vacinados e com a introdução de tratamentos mais precoces. Além disso, mesmo entre aqueles internados por Covid-19 e com necessidade de suporte de O<sub>2</sub>, tem havido uma menor mortalidade com o uso de medicamentos cientificamente comprovados e com melhor evidência. Por outro lado, vários estudos apontam que idosos portadores de fragilidade, demência e idade mais avançada infectados pela Covid-19 têm maior risco de morte em relação àqueles que não apresentam essas condições ou idade avançada (Hussien *et al.*, 2021).



Ademais, outras condições de saúde (câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca) se associam a uma maior mortalidade pela Covid-19.

O fato é que os apelos frequentes e o interesse público relacionados ao suicídio assistido e à eutanásia têm crescido devido a alguns fatores: evocação do princípio bioético da autonomia; aumento do envelhecimento e da prevalência das condições crônico-degenerativas de saúde (associado com a frequente perda de independência); falta de suporte social aos indivíduos mais fragilizados e marginalizados; deficiência de políticas públicas em saúde (ausência de cuidados paliativos para todos); e avanço do materialismo e de crenças disfuncionais, como “ninguém pode me ajudar” ou “ninguém entende o que estou passando” (Levin; Applebaum, 2014). Por outro lado, sabe-se que “os pedidos de suicídio assistido por um médico são improváveis de persistir quando o cuidado de apoio compassivo é fornecido” (Sulmasy; Mueller, 2018).

Algumas associações ou sociedades médicas têm se posicionado contra a eutanásia e o suicídio assistido. O American College of Physicians (ACP) “acredita que os argumentos éticos contra a legalização do suicídio assistido por médico continuam a ser os mais convincentes”, portanto “não apoia a legalização do suicídio assistido por médico”, embora permaneça aberto a

todas as posições relacionados aos desejos e às vontades ao final da vida (Sulmasy; Mueller, 2018). A Associação Internacional de Hospices e Cuidados Paliativos (IAHPC) também declarou “que nenhum país ou Estado deve considerar a legalização da eutanásia ou do suicídio assistido por médico até que se garanta o acesso universal aos serviços de cuidados paliativos e aos medicamentos apropriados, incluindo opioides para dor e dispneia” (Lima *et al.*, 2017).

O suicídio assistido e a eutanásia são eticamente problemáticos, trazendo consequências danosas à relação médico-paciente e alterando o papel do médico na sociedade, que é o de cuidar, acolher, proteger contra o sofrimento e curar quando possível. Alguns argumentos a favor da eutanásia e do suicídio assistido por médico são utilizados pelos que os defendem (IAHPC, 2021):

- deve-se respeitar a autonomia do indivíduo;
- porque é necessário para pacientes com dor ou sofrimento insuportáveis;
- porque pesquisas mostram que a maioria do público é a favor;
- porque cada vez mais os profissionais da saúde concordam;
- porque a legalização impede pessoas de cometerem suicídio.

No entanto, há contrapontos interessantes e necessários a serem feitos com base nessas colocações:

1. *A autonomia do indivíduo não é absoluta.* Por exemplo, você não pode dirigir bêbado nem comercializar pessoas sem estar submetido a sanções. Na medicina, pessoas podem sofrer danos e penalizações se não houver uma conduta prudente (por exemplo, o risco de provocar complicações ou morte ao se administrar medicamentos sem benefícios comprovados para Covid-19). Em Oregon (EUA), até 43% dos pacientes que pedem o suicídio assistido por médico alegam “sentirem-se um fardo” para familiares, cuidadores ou amigos, onde a presença de profundo sofrimento emocional e social pode influenciar no exercício de sua autonomia. Assim também ocorre nos quadros de depressão, um transtorno mental frequentemente presente e subdiagnosticado em pacientes portadores de doença terminal, havendo uma forte correlação entre depressão e desejo em acelerar a morte. Quando esse quadro é bem diagnosticado e tratado, há redução significativa dos pedidos para morrer.
2. Quanto à questão da dor, ninguém duvida que esse sintoma físico e tantos outros sejam fonte de grande sofrimento, às vezes de difícil controle, porém é importante destacar que são outros fatores, e não a dor, que levam com mais frequência a solicitação para o abrevia-

mento da vida. Em Oregon (EUA), a perda da autonomia, a perda da independência (levando a uma percepção de vida menos agradável) e a perda da dignidade são os principais fatores (Oregon, 2019). No Canadá, destacam-se a perda da autonomia, o desejo de não ser um fardo e a não tolerância em viver sob determinada condição limitante.

3. As pesquisas realizadas com o público leigo, em relação a ser favorável ou não à eutanásia ou ao suicídio assistido, têm valor limitado, pois muitas pessoas podem ter pouco conhecimento do curso de doenças terminais, sobre as possibilidades de tratamento e as modalidades do cuidado disponíveis. Uma coisa é perguntar sobre a legalização, e outra é o desejo sincero em pedir pela eutanásia ou pelo suicídio assistido por médico, que frequentemente é muito pequeno.
4. As avaliações realizadas com profissionais da saúde também têm limitações, dependendo da interpretação das definições e se há opção pelos cuidados paliativos etc. A percepção da necessidade da legalização da morte assistida é inversamente proporcional à experiência clínica no manejo ou na experiência de doentes com doença terminal. Alguns estudos apontam que, à medida que uma parcela dos profissionais é favorável à eutanásia ou ao suicídio assistido por médico, apenas a minoria deles consideraria aplicá-los.

5. Cada vez mais tem se observado que, nos locais onde o suicídio assistido por médico ou a eutanásia são legalizados, a taxa de suicídios “comuns” ou não assistidos aumentou. Na Holanda, a taxa aumentou 38% de 2007 (quando a morte assistida se tornou mais acessível) a 2015, sendo que nesse país essas taxas são as que mais crescem em relação aos países vizinhos em que a eutanásia não é legalizada (Boer, 2017). Em Oregon (EUA), a taxa de suicídio foi 42% maior que a média nacional em 2012. A taxa de suicídio na Bélgica é a mais alta na Europa Ocidental e não se reduziu após a legalização da eutanásia.

Quanto às questões financeiras, pode-se compreender melhor o quão é “interessante” para alguns que fazem *lobby* pela morte assistida. Nos países desenvolvidos, por exemplo, reduzir gastos na saúde é uma prioridade. Um estudo canadense verificou que um programa de suicídio assistido por médico poderia economizar de 35 a 139 milhões de dólares (Trachtenberg; Manns, 2017). Uma análise do Institute of Medicine mostrou que 208 bilhões de dólares foram gastos para cuidar das pessoas em seu último ano de vida, mas com programas de “morte assistida”, poderia haver redução de 10% desses gastos (cerca de 20 bilhões de dólares) (Aldridge; Kelley, 2015).

Por fim, leitores amigos, deixamos aqui algumas frases de eminentes bioeticistas, paliativistas e tantos outros profissionais com décadas de experiências em cuidados às pessoas portadoras de doenças graves e avançadas, para que nos sirvam de lição e inspiração ao defendermos a dignidade humana em sua essência e em sua totalidade.

*“Desde o início, a profissão da medicina proibiu formalmente seus membros de usar seus conhecimentos especiais para causar a morte de alguém ou danos a outros. Esta foi e ainda é uma proteção necessária para que o poder da medicina não seja usado contra pessoas vulneráveis” (Ira Byock, médico paliativista, professor de Medicina da Geisel School of Medicine, Dartmouth, New Hampshire).*

*“Há uma ladeira escorregadia, sendo o final a legalização da eutanásia para qualquer pessoa, por qualquer motivo ou sem motivo” (Daniel Sulmasy, médico bioeticista do Kennedy Institute of Ethics).*

*“A experiência da morte vai ficar cada vez mais dolorosa, ao contrário do que muitos acreditam. A próxima eutanásia tornará a morte mais dolorosa, pois esta colocará ênfase na decisão pessoal [...]. Isso tornará a morte ainda mais intolerável subjetivamente, pois as pessoas se sentirão responsáveis por suas próprias mortes e moralmente obrigadas a livrar seus parentes de sua presença indesejada. A eutanásia intensificará ainda mais todos os problemas que seus defensores pensam que ela resolverá” (René Girard, historiador e filósofo francês, 1923-2015).*

*“Você não precisa matar o paciente para acabar com sua dor. Não existe dor intratável, apenas médicos intratáveis” (Cicely Saunders, assistente social, enfermeira e que se graduou aos 40 anos de idade em Medicina e fundou o St. Christopher Hospice).*

*“Continuo empenhada em ajudar as pessoas a encontrar sentido no fim da vida, e não em ajudá-las em uma morte acelerada” (Cicely Saunders).*



## Referências

ALDRIDGE, M. D.; KELLEY, A. S. The Myth Regarding the High Cost of End-of-Life Care. *American Journal of Public Health*, v. 105, n. 12, p. 2.411-2.415, 2015. Doi: <https://dx.doi.org/10.2105%2FAJPH.2015.302889>.

BOER, T. Does euthanasia have a dampening effect on suicide rates? Recent experiences from The Netherlands. *Journal of Ethics Mental in Health*, v. 10, p. 1-9, 2017.

DEFENDERNZ. *About Us*. 2021a. Disponível em: <https://www.defendnz.co.nz/about-us>. Acesso em: 2 fev. 2022.

\_\_\_\_\_. *Exclusive: Moh says Kiwis with COVID-19 can now be eligible for euthanasia*. 2021b. Disponível em: <https://www.defendnz.co.nz/news-media/2021/12/19/exclusive-euthanasia-expansion-moh-says-kiwis-with-covid-19-can-now-be-eligible>. Acesso em: 2 fev. 2022.

HUI, D. Prognostication of Survival in Patients with Advanced Cancer: Predicting the Unpredictable? *Cancer Control*, v. 22, n. 4, p. 489-497, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1177/107327481502200415>

HUSSIEN, H.; NASTASA, A.; APETRII, M. *et al*. Different aspects of frailty and COVID-19: points to consider in the current pandemic and future ones. *BMC Geriatrics*, v. 21, n. 389, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02316-5>.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE & PALLIATIVE CARE (IAHPC). *Euthanasia and physician assisted suicide*. [2021?]. Disponível em: <https://hospicecare.com/members-section/euthanasia-and-physician-assisted-suicide>. Acesso em: 2 fev. 2022.

LEVIN, T. T.; APPLEBAUM, A. J. Acute cancer cognitive therapy. *Cognitive & Behavioral Practice*, v. 21, n. 4, p. 404-415, 2014. Doi: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.cbpra.2014.03.003>.

LIMA, L.; WOODRUFF, R.; PETTUS, K. *et al*. International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Journal of Palliative Medicine*, v. 20, n. 1, p. 8-14, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0290>.

NEW ZEALAND. *Assisted dying eligibility and access*. 11 nov. 2021. Disponível em: <https://www.health.govt.nz/our-work/life-stages/assisted-dying-service/assisted-dying-information-public/assisted-dying-eligibility-and-access>. Acesso em: 2 fev. 2022.

OREGON. *Oregon Death with Dignity Act*. 2019. Disponível em: <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year22.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2022.

SULMASY, L. S.; MUELLER, P. S. Ethics and the legalization of physician-assisted suicide. *Annals of Internal Medicine*, v. 168, n. 11, p. 834-835, 2018. Doi: <https://doi.org/10.7326/m17-0938>.

TRACHTENBERG, A. J.; MANNS, B. Cost analysis of medical assistance in dying in Canada. *CMAJ*, v. 189, n. 3, p. E101-E105, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.160650>.

**Luís Gustavo Langoni Mariotti** – médico especialista em Geriatria pela Escola Paulista de Medicina (EPM/UNIFESP), titulado em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), com área de atuação médica em Medicina Paliativa (reconhecido pela AMB); médico assistente do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas de Botucatu/SP (HCFMB-UNESP); professor colaborador do Instituto Paliar; membro da Associação Médico-Espírita de Botucatu (AME-Botucatu); coordenador do Departamento de Cuidados Paliativos da AME-Brasil.

## Links **AME-BRASIL**



[www.facebook.com/ame.brasil](https://www.facebook.com/ame.brasil)



[@ame\\_brasil](https://www.instagram.com/ame_brasil)



[www.youtube.com/user/videosamebr](https://www.youtube.com/user/videosamebr)





REVISTA  
**Saúde &  
Espiritualidade**

[www.amebrasil.org.br](http://www.amebrasil.org.br)

Biênio 2021-2023