



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Ferreira, Sidnei; Porto, Dora
Mistanásia x Qualidade de vida
Revista Bioética, vol. 27, núm. 2, 2019, Abril-Junio, pp. 191-195
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272000>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570647001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UDEM
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



EDITORIAL

Mistanasia × Calidad de vida

Sidnei Ferreira¹, Dora Porto²

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ 2. Conselho Federal de Medicina, Brasília/DF, Brasil.

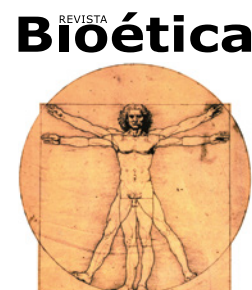
Velamos nuestros muertos, enterramos sus cuerpos y cultivamos recuerdos de sus vidas y de nuestra convivencia. Heredamos la lucha contra la muerte de nuestros ancestros, cazadores y recolectores o agricultores del Neolítico, que hicieron del combate por la supervivencia el medio de preservación de la especie. Hoy, la batalla es por el no envejecimiento y contra la muerte, regida por la vanidad, el apego a la vida y a las cosas buenas que ésta puede proporcionar o por el simple miedo a lo desconocido, a la incertidumbre del *cuándo* y *cómo* tendrá lugar la muerte.

Miles de millones se gastan anualmente en investigaciones en el campo de la genética, para clonar criaturas extintas, para hacer al ser humano más resistente frente a las enfermedades, menos sujeto al estrés y a otros males que acarrear enfermedades y desgastan el organismo. La tecnología se utiliza también para no dejar que el cuerpo envejezca; para usar animales modificados en nuestros proyectos de vida, tanto en la paz como en la guerra. La lucha obstinada y sin límites contra la muerte afecta a toda la sociedad y a las representaciones colectivas sobre el sentido de la vida y el valor del cuerpo, pero alcanza, sobre todo, la cotidianidad de los que cuidan de pacientes terminales.

Las dudas asolan la mente de estos profesionales y los hacen usar todos los medios para mantener al paciente vivo. ¿Es un deber absoluto mantenerlo vivo? ¿La muerte resulta del fracaso de la técnica y del conocimiento médicos? ¿Existe la posibilidad de una responsabilización ética, civil y penal por la muerte? Son interrogantes comunes, frecuentemente presentados en los artículos de actualización e investigación de la *Revista Bioética*, que pueden desencadenar angustia y descontrol en los equipos de salud. Tal sensación afecta principalmente a los que trabajan en el lecho de muerte con cuadros irreversibles.

Por lo tanto, es necesario que exista comprensión y aceptación de la muerte, de la dimensión de nuestra naturaleza primordial, cuyo conocimiento materializa la existencia de la dignidad humana ante los límites de la medicina, de la ciencia, de sí mismo y de quien es cuidado. La sociedad necesita aceptar la finitud de la vida como un hecho ineludible, sin la mirada indiferente de aquellos que creen que la muerte le tocará sólo al *otro*, y sin el pánico atávico de los que intentan ignorar la muerte para poder apartarla.

Ambas formas de reaccionar ante la muerte caracterizan el tabú que se erigió en torno a la cuestión. De la misma manera que el tema es prohibido en nuestra sociedad, no se aprende a lidiar con el fin de la vida en la mayoría de las facultades médicas. Aprendemos desde la infancia sobre medicalización: para cada dolor, decepción o miedo habrá un poco de agua con unas gotitas milagrosas, y esto crea expectativas irreales. Oímos decenas de veces: “Para todo hay remedio, menos para la muerte”. Pero no hay solución para todo y no aceptamos que no haya remedio para la muerte.



Incluso habiendo aprendido durante la formación que “prevenir es mejor que curar”, todavía tenemos dificultad para ayudar a los pacientes a aceptar tratamientos orientados a la promoción y protección de la salud. Esta resistencia implica “automáticamente” hacer el diagnóstico y tratar enfermedades para restaurar la salud. Con esto, olvidamos a veces que “cuidar es más que curar”. No debatimos sobre la muerte y, por consiguiente, ¿cómo podemos conversar con el paciente y su familia sobre eso?

Así, se superan los límites técnicos y éticos, y se mantienen en las unidades de cuidados intensivos (UCI) pacientes en extrema agonía, enfermos sin posibilidad de cura. Al prolongar el dolor y el sufrimiento, y extenderlos a familiares y amigos, el profesional ejerce el poder innoble de mantener el proceso de muerte de forma exagerada y sin sentido. Al definir la vida como bien supremo, absoluto, por encima de todo, incluso de la libertad y de la dignidad, se puede estar creando un mito, dejando de lado otros bienes, como salud y familia.

Existe una verdadera parafernalia tecnológica de la que nos beneficiamos, pero con la que también nos causamos perjuicios a nosotros mismos. Procesos distintos, pero con un objetivo similar se utilizaron en otras épocas, en la construcción y ornamentación de las pirámides que abrigaban los cuerpos de los soberanos (identificados con los dioses), sus pertenencias e incluso sirvientes y animales de compañía, con la esperanza de que pudieran volver a usarlos en otra vida. Los templos estaban repletos de íconos que “miraban” hacia los mismos lugares que el homenajeado, reforzando la memoria de su presencia en el mundo de los vivos. Todo para garantizar que, si la muerte había llegado y la vida del cuerpo se iba, esto sería sólo un breve paso en el camino de la eternidad.

Actualmente, la parafernalia tecnológica y las dudas con relación a la muerte han generado y legitimado abusos y omnipotencia de algunos profesionales – la obstinación terapéutica de prolongar la vida a cualquier costo y vencer la muerte. Según Pessini, *la aceptación y la comprensión de la muerte serían partes integrantes del objetivo principal de la medicina: la búsqueda de la salud*¹. En este sentido, añade Potter: *un dilema que debe ser encarado por la ética médica en la actualidad es el de cuándo no aplicar toda la tecnología disponible*².

La terminalidad de la vida no es un cuadro reversible, no hay posibilidad de “cura” con los conocimientos actuales. La muerte se dará inexorablemente en poco tiempo. El código de ética del American College of Physicians enumera cinco aspectos para clasificar al paciente en fase terminal de vida: *condición irreversible, tratado o no; de alta probabilidad de morir en un período corto de tiempo, entre tres y seis meses; fracaso terapéutico de todos los recursos médicos existentes y ya usados. Evolucionará inexorablemente hacia la muerte; no hay actualmente ningún recurso médico, científicamente comprobado, capaz de evitar tal evolución*³.

En 2006, el Consejo Federal de Medicina publicó la Resolución CFM 1.805/2006: *En la fase terminal de enfermedades graves e incurables se permite al médico limitar o suspender procedimientos y tratamientos que prolonguen la vida del paciente, garantizándole los cuidados necesarios para aliviar los síntomas que conducen al sufrimiento, en la perspectiva de una asistencia integral*⁴. Esta resolución es el primer enfrentamiento ético de la conducta médica frente la terminalidad de la vida, asegura José Henrique Rodrigues Torre⁵. El Ministerio Público Federal (MPF) pidió a la Justicia Federal la revocación de la resolución bajo alegación de que se trataba de eutanasia, prohibida en Brasil, y que la ortotanasia debía ser regulada por el Congreso Nacional con la promulgación de una ley específica⁶. Durante el proceso, el MPF reconoció la pertinencia de la resolución y solicitó la extinción de la acción. El juez federal estableció la validez de la resolución, que nunca más fue impugnada⁷.

El Código de Ética Médica (CEM)⁸ en vigor a partir de 2009 mantiene el tenor de la Resolución CFM 1.805/2006⁴, prohibiendo la eutanasia y el suicidio asistido y repudiando la práctica de la distanasia, al mismo tiempo que aprueba la ortotanasia. Prohíbe al médico *abreviar la vida del paciente, aun a pedido de éste o de su representante legal* y señala que, *en los casos de enfermedad incurable y terminal, el médico debe ofrecer todos los cuidados paliativos disponibles sin emprender acciones diagnósticas o terapéuticas inútiles u obstinadas, tomando siempre en consideración la voluntad expresa del paciente o, en su imposibilidad, la de su representante legal*⁸. En vigencia desde abril de 2019, el nuevo CEM mantiene estos dictámenes⁹.

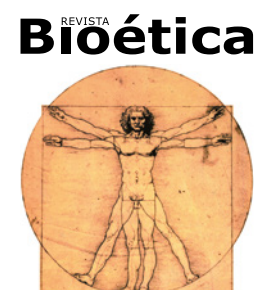
La resolución CFM 1.995/2012 sobre las directivas anticipadas de voluntad y el testamento vital¹⁰ (*living will*) no dejó de ser contestada, pero la decisión de la Justicia Federal cerró la cuestión afirmando que el documento *es legal y constitucional; el CFM está cumpliendo su papel; la Resolución respeta el principio de la dignidad humana; la decisión del paciente es libre; hay un vacío legal y la Resolución sólo regula la conducta médica; no hay extrapolación de poder; es compatible con los principios de la autonomía y la dignidad humana; la decisión del paciente es libre, pero la familia está invitada a participar en el proceso*¹¹.

Es esencial que los profesionales de salud que cuidan a estos enfermos y a sus familias tengan conocimientos mínimos sobre el tema, al menos los contenidos en las siguientes publicaciones y conceptos: Constitución Federal¹²; Código de Ética Médica 2019⁸; Resolución CFM 1.805/2006⁴; Resolución CFM 1.995/2012¹⁰; de los principios, valores y conceptos bioéticos; los conceptos de eutanasia, mistanasia, distanasia, suicidio asistido y cuidados paliativos, para que puedan dialogar entre sí, en el día a día del equipo de salud, mejorando su habilidad de comunicación con el paciente o representante legal, además de los parientes eventualmente presentes. Lo que vale para cualquier paciente es un imperativo para aquel en fase terminal: el derecho a saber, a decidir, a no ser abandonado, a tener tratamiento paliativo y a no ser tratado como “objeto”.

Por último, Pessini¹³ recuerda que Márcio Fabri dos Anjos acuñó en 1989 el neologismo “mistanasia”, que se refería a un delito aún no tipificado específicamente en el Código Penal¹⁴, pero claramente prohibido por la Constitución¹². El término proviene del griego (*mys* = infeliz, *thanatos* = “muerte infeliz”), es decir, muerte miserable, precoz y evitable. Al respecto, Ferreira destaca que *está la muerte imbuida por los tres niveles de gobierno por medio del mantenimiento de la pobreza, la violencia, las drogas, la falta de infraestructura y de condiciones mínimas para la vida digna*¹⁵.

La disminución sistemática del financiamiento en salud, el mal uso del dinero disponible en el presupuesto, la eliminación de camas, servicios y unidades de salud, la apertura indiscriminada de facultades médicas, el desprecio y la desvalorización de los gestores por el médico y los demás profesionales, la falta de compromiso de los tres poderes con la vida de la población, corroídos por la corrupción, la incompetencia y la inhumanidad, son facetas de la mistanasia que condicionan la vida y la muerte, aumentando la vulnerabilidad de los más necesitados¹⁵.

El concepto de mistanasia puede aplicarse también al presupuesto de educación, área que se interconecta directamente con la salud, pues ambas están ligadas al proceso continuo de fomentar la ciudadanía. La educación es la clave para el crecimiento social y económico, para la supresión de la iniquidad, la conquista definitiva y palpable de los derechos fundamentales de la persona. Tanto que el Índice de Desarrollo Humano (IDH) entrelaza *tres dimensiones básicas del desarrollo humano: ingreso, educación y salud*¹⁶.



No hay en la historia contemporánea una nación que haya salido de la pobreza y del subdesarrollo sin promover la educación, en un proceso político que resulta de la voluntad genuina de emancipar a la población. Ilustran el papel fundamental de la educación para el desarrollo social y económico los casos de Corea del Sur¹⁷ y Finlandia¹⁸ que, a partir de la planificación de políticas de Estado, invirtieron sistemáticamente en estas áreas durante algunas décadas, suplantando condiciones históricas y sociales que restringían el desarrollo y el bienestar de sus poblaciones.

En este momento en que la salud y la educación en Brasil parecen gravemente amenazadas por recortes presupuestarios derivados de la disminución de las expectativas de crecimiento del Producto Bruto Interno (PBI), los editores de la *Revista Bioética* se sienten instados a unirse a los educadores, investigadores, sanitarios, médicos y enfermeros que claman por más ponderación sobre la dotación de los recursos de la Nación. La salud y la educación deben ser prioridad. El mantenimiento y, principalmente, el perfeccionamiento constante de la calidad de las políticas públicas que garanticen el acceso universal en estas áreas son esenciales para la construcción de la equidad y la ciudadanía para todos.

Los editores

Referências

1. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 1996 [acesso 20 maio 2019];4(1):31-43. Disponível: <https://bit.ly/2IH6ok>
2. Potter V. Humility with responsibility: a bioethic for oncologists: presidential address. Cancer Res [Internet]. 1975 [acesso 20 maio 2019];35(9):2297-306. Disponível: <https://bit.ly/2VEXekv>
3. Sulmasy LS, Bledsoe TA. American College of Physicians ethics manual: seventh edition. Ann Intern Med [Internet]. 2019 [acesso 30 maio 2019];15:170(Supl 2):S1-32. DOI: 10.7326/M18-2160
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Portal Médico [Internet]. 28 nov 2006 [acesso 17 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2gjSFxb>
5. Torres JHR. Ortotanásia não é homicídio, nem eutanásia. In: Moritz R, coordenadora. Conflitos bioéticos do viver e do morrer [Internet]. Brasília: CFM; 2011 [acesso 17 maio 2019]. p. 157-85. Disponível: <https://bit.ly/2HN1RnB>
6. Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Distrito Federal. Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão. Ação civil pública com requerimento de tutela antecipada suspensão da Resolução CFM nº 1.805/2012. Procurador Wellington Divino Marques de Oliveira. Portal Médico [Internet]. 9 maio 2007 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2HC2kZK>
7. Brasil. Tribunal de Justiça. Seção Judiciária do Distrito Federal. 14ª Vara de Justiça Federal. Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3. Sentença. Do exposto revogo a antecipação de tutela anteriormente concedida para a suspensão da Resolução CFM nº 1.805/2012 e julgo improcedente o pedido. Relator: Juiz Roberto Luis Luchi Demo. In: Moritz R, coordenadora. Conflitos bioéticos do viver e do morrer [Internet]. Brasília: CFM; 2011 [acesso 17 maio 2019]. p. 214-28. Disponível: <https://bit.ly/2HN1RnB>
8. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.931/2008 [Internet]. Brasília: CFM; 2009 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2K0lb0j>
9. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217/2018 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2Hu8MTZ>
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade do paciente. Portal Médico [Internet]. 31 ago 2012 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2Jvx9Tp>
11. Brasil. Justiça Federal. Seção Judiciária do Estado de Goiás. Primeira Vara. Ação civil pública nº 1039-86.2013.4.01.3500/Classe:7100. Sentença. Relator: Eduardo Pereira da Silva. TRF [Internet]. 21 fev 2014 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2JyT8Zx>
12. Brasil. Constituição de 1988. Câmara dos Deputados [Internet]. [s.d.] [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2ZZWHNT>

13. Pessini L. Sobre o conceito ético de mistanásia. A12 Redação [Internet]. 2015 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2VEb6M7>
14. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Planalto [Internet]. [s.d.] [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/1kR39ir>
15. Ferreira S. A mistanásia como prática usual dos governos. Jornal do Cremerj [Internet]. Coluna do conselheiro; mar/abr 2019 [acesso 21 maio 2019];(324):6. Disponível: <https://bit.ly/2YHYhC2>
16. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. O que é o IDH. Pnud Brasil [Internet]. [s.d.] [acesso 19 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2nrIF5k>
17. Amaral R. Ensino de qualidade é segredo do sucesso da Coreia do Sul. BBC Brasil.com [Internet]. 19 ago 2002 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bbc.in/2waItLZ>
18. Educação: com 98% dos alunos na rede pública, Finlândia é referência em educação. Terra [Internet]. 28 out 2013 [acesso 20 maio 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2YKqdfJ>

Sidnei Ferreira – Doutor – sidneifer47@gmail.com

 0000-0002-2778-3645

Dora Porto – Doutora – doraporto@gmail.com

 0000-0002-5985-8090

REVISTA
Bioética

