

REB

REVISTA ECLESIASTICA BRASILEIRA

MORTE E RELIGIÃO



INSTITUTO TEOLÓGICO
FRANCISCANO
FACULDADE DE TEOLOGIA
PETRÓPOLIS-SJ

ISSN 0101-8434

Vol. 75, n. 300, Out./Dez. 2015

DISTANÁSIA: O TRATAMENTO MÉDICO FÚTIL E/OU INÚTIL

Da angústia à serenidade do equacionamento bioético

Pelo Prof. Dr. William Saad Hossne*
Botucatu, SP
e pelo Prof. Dr. Leo Pessini**
São Paulo, SP

“Uma boa tomada de decisão necessita de sensibilidade humana, de alguns princípios iluminativos e úteis, do acesso à informação adequada e de métodos para avaliar e buscar o equilíbrio entre as diversas opções possíveis, razão e sentimento, reflexão pessoal e discussão pública, critério bom e fina sensibilidade” – Daniel Callaban

“A futilidade surge quando algo que, em princípio, está indicado deixa de ser benéfico para o paciente, ou isto ocorre em graus mínimos e a custos econômicos e pessoais muito elevados” – Diego Grácia

Síntese: O prolongamento sofrido do processo do morrer, que mais acrescenta sofrimento e prorroga morte, é uma das questões bioéticas mais complexas e debatidas hoje, no contexto de cuidados de final de vida. A complexidade inicia-se na própria definição semântica desta problemática bioética. Nossa busca é marcada pela “angústia criativa” (não a patológica que nos paralisa frente à vida) que busca identificar vários termos e neologismos para nomear e definir a questão bioética: distanásia, medicina/e/ou tratamento fútil e inútil, e para definir aquela ação diagnóstica e terapêutica médica que já não mais beneficia o pa-

* Médico. Professor emérito da Faculdade de Medicina da Unesp. Coordenador do Programa de Pós-Graduação (Mestrado, Doutorado e Pós-doutorado) em Bioética do Centro Universitário São Camilo – SP. Ex-Presidente da CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos/Ministério da Saúde – Conselho Nacional da Saúde (Brasília – DF). Coeditor da Revista científica *Bioetikós*, do Centro Universitário São Camilo.

** Filósofo/Teólogo. Doutor em Teologia Moral e Bioética pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/Faculdade de Teologia Nossa Senhora da Assunção. Professor no Programa de Pós-graduação em Bioética do Centro Universitário São Camilo – SP. Pós Doutor em Bioética pela Edinboro University (Pensilvania, EUA). Autor de inúmeras obras no âmbito da Teologia Moral e da Bioética, entre outras: *Bioética em tempos de globalização: a caminho da desigualdade e indiferença ou solidariedade?* (São Paulo: Edições Loyola, 2015). Atualmente é Superior Geral dos Camilianos (2014-2020) e reside em Roma (Itália).

ciente em sua fase final de vida. Para o equacionamento da problemática bioética buscamos luzes na literatura científica médica e bioética internacional, bem como na tradição da ética médica brasileira, em sua versão codificada. Embora um determinado tratamento possa ser fútil e, portanto, inútil, o cuidado nunca será fútil e inútil. No coração de toda ação de cuidar deve estar presente a “*philia*” (amor, amizade). Podemos, sim, ser curados de uma doença mortal, mas não de nossa mortalidade e finitude. Nossa condição de existir não é uma patologia. Quando esquecemos isto, caímos na tecnolatria, e os instrumentos de cura e cuidado facilmente se transformam em ferramentas de tortura. O presente artigo procura apresentar uma metodologia de como lidar com estas situações eticamente conflitivas, ao aprofundar alguns conceitos éticos fundamentais, tais como: processo de deliberação, decisão e responsabilidade médica e o papel de comissões de bioética. A busca do adequado equacionamento ajuda-os na trajetória que vai da angústia à serenidade.

Palavras-chave: Bioética. Distanásia. Tratamento fútil. Cuidado. *Philia*.

Abstract: The painful extension of the dying process, which brings more suffering and delays death, is one of the most complex bioethical issues discussed today in the context of end of life care. The complexity begins in the very semantic definition of this bioethical problem. Our quest is marked by a “creative anguish” (not by the pathological one that paralyzes us in the face of life) that seeks to identify various terms and neologisms, in order to give a name to and define the bioethical issue: dysthanasia, futile and useless medicine and/or treatment; and also in order to define that diagnostic action and medical therapy that no longer benefits the patient in his/her final stage of life. For the equating of this bioethical problem, we look for some light in the medical scientific literature and in international bioethics, as well as in the tradition of the Brazilian medical ethics in its codified version. Although a particular treatment can be futile and therefore useless, care will never be futile and useless. At the heart of every act of caring “*philia*” (love, friendship) must be present. Yes, we may be cured of a deadly disease, but not of our mortality and finitude. The condition of existing is not a pathology. When we forget this, we fall into the technolatriy, and the instruments of healing and care easily turn into instruments of torture. This article attempts to present a methodology for dealing with these ethically conflictive situations, as it deals with some basic ethical concepts such as deliberation, decision and medical liability and the role of bioethical committees. The search for the appropriate equation helps us in the path that goes from anguish to serenity.

Keywords: Bioethics. Dysthanasia. Futile treatment. Care. *Philia*.

Introdução

O termo “distanásia” é ainda pouco conhecido pelo público em geral e ainda não muito utilizado na área da saúde. Acontece o contrário com seu antônimo “eutanásia”, que a todo o momento ganha manchetes, embora seja, sem dúvida, muito menos praticada do que a “distanásia” em nossas instituições de saúde, notadamente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), que podemos chamar de catedrais contemporâneas da esperança, mas também do sofrimento humano.

O que entender por distanásia? O Dicionário Houaiss e o popular Dicionário Aurélio da língua portuguesa registram o verbete “distanásia” e conceituam-no como “*Med. Morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento*”. Trata-se de um neologismo, de origem grega. O prefixo grego “*thanatos*” significa morte e “*dys*”, *ato defeituoso*; portanto, distanásia significa prolongamento exagerado da agonia, sofrimento e morte de um paciente. O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento fútil e inútil. Trata-se da atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, o submete a grande sofrimento. Nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. No mundo europeu fala-se de “encarniçamento terapêutico”, de “obstinação terapêutica”. No contexto cultural anglo-saxão e nos EUA fala-se de “futilidades médicas” (*medical futility*). Perguntamos: até que ponto se deve prolongar o processo do morrer, se não existe mais esperança de cura? A opinião pública mundial já discutiu muito os casos de pacientes famosos que foram mantidos “vivos” além dos limites naturais, tais como Truman (EUA), Franco (Espanha), Tito (Ex-Yugoslávia), Hiro-Hito (Japão) e Tancredo Neves no Brasil, classificando estas situações como distanásicas. Manter a pessoa “morta-viva” artificialmente interessa a quem (Pessini, 2004; 2005; 2013)? As expressões “medicina fútil” ou “tratamento fútil”, desde seu nascimento, vêm acompanhadas de ambiguidade e ambivalência, ao menos para alguns, entre os quais nos incluímos. Existe medicina fútil? Em caso de futilidade, esta é da Medicina? É do médico? É possível, com toda certeza, afirmar que um determinado tratamento será sempre fútil? Ou trata-se de diagnóstico *a posteriori*? Se o tratamento é reconhecidamente fútil, não caberia discutir sua indicação? É possível estabelecer um marco regulatório, delimitando, com segurança, as fronteiras entre a louvável e digna atitude de tudo fazer pelo bem do paciente e o ato de obstinação ou inutilidade terapêutica? Como e a quem cabe decidir? Mo-

vido por este sentimento de ambivalência, selecionamos oito tópicos de abordagem da questão que constituirão nosso roteiro de reflexão bioética. 1 – Da angústia existencial criativa à busca (catarse) semântica de “sentidos”; 2 – Gênese histórico-cultural: da utilidade à futilidade das intervenções médicas; 3 – A utilidade da definição de futilidade nas intervenções médicas; 4 – Afinal, o que entendemos por tratamento fútil? Uma síntese das visões dos estudiosos da área; 5 – Em busca do significado dos conceitos: deliberação e decisão; 6 – Quem e como se delibera? Médico, paciente: comissão de ética e/ou de bioética clínica?; 7 – Responsabilidade médica no processo de deliberação e decisão sobre “tratamento fútil”; 8 – *Philia* no coração do processo de deliberação e da relação médico-paciente.

Os autores do presente texto são profissionais que tem uma longa experiência trabalho e serviço no âmbito da saúde. Um dos autores é Médico cirurgião e bioeticista, William Saad Hossne, e o outro, Leo Pessini, é religioso Camiliano e foi Capelão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) durante 13 anos, período durante o qual acompanhou muito de perto durante 27 dias o drama do “presidente” Tancredo Neves na UTI do Instituto do Coração em São Paulo (INCOR).

1. Da angústia existencial criativa à busca (catarse) semântica de sentidos

O que distingue o ser humano dos demais animais? Ambos fazem parte da natureza, com uma diferença: os animais integram-se à natureza e com esta formam uma coisa só. O homem e a natureza formam uma dupla. Os animais não fazem perguntas à natureza. O ser humano, diante da natureza, da qual faz parte, interroga-a e interroga-se. Pode-se dizer que o homem se distingue dos demais animais por sua capacidade e necessidade de fazer perguntas. Ora, perguntar é próprio de quem filosofa – os “filósofos” mais fazem perguntas do que dão respostas; no entanto, são perguntas sem as quais não se chega à melhor resposta (Hossne, 2006, 2010).

O primata adquire o *status* de humano, quando faz (ou fez) a primeira pergunta; de modo simples, pode-se dizer que o ser humano “nasce” como “*philosopho*” (*philia* – amor; *sophia* – saber). Já Aristóteles afirmava, há 25 séculos, na abertura de sua obra *Metafísica*, que “os homens, por

natureza, desejam saber”. Ao fazer a pergunta, o ser humano angustia-se e busca resposta; a partir daí o ser humano alia à condição de “filósofo” a de “pesquisador” (Aristóteles, 1973). Pesquisador, no sentido amplo da palavra, é aquele que busca ou torna a buscar, a procurar (*re-search, re-cherche, ri-cerca*); na língua portuguesa, pesquisa vem do latim “*perquirere*” – perquirir, perguntar, indagar.

A angústia suscitada pela pergunta busca alívio no encontro com a resposta. Esse fenômeno é explorado em campanhas de publicidade e de “conscientização” e/ou proselitismo, quando se apresenta resposta a pergunta/s não formulada/s explicitamente. Dois exemplos são ilustrativos. Bobbio, em um de seus livros, cita esta frase grafitada em estação de metrô em Paris: “Deus é a solução”; alguns dias após, alguém acrescentou: “mas qual era a pergunta”?

Recentemente, via televisão, era exibida, na beira dos campos de futebol, uma placa de propaganda de fábrica de eletrônicos (com a expressão “sun”) nos seguintes termos “the sun is the answer”; caberia acrescentar: mas qual/quais a/s pergunta/s)?

Com esta tática acima ilustrada, procura-se transmitir uma resposta peremptória, aparentemente indiscutível, para qualquer pergunta que o leitor possa se fazer, aliviando-o ou evitando-lhe qualquer vestígio de angústia pela resposta.

Nos dias atuais, considera-se como melhor resposta aquela que o método científico, desenvolvido a partir do século XVI, com Galileu, pode dar. A “verdade” científica, não raramente, sobretudo se alicerçada em análise estatística, é tida como verdade incontestável. Na realidade, não se pode esquecer que a verdade científica não tem significado absoluto – é a verdade que, no momento, a ciência apresenta como resposta à pergunta formulada. É bom sempre lembrar que estatisticamente significativa é uma boa resposta, mas é uma resposta em termos de probabilidade, com risco assumido, estabelecido, convencionalizado (5%, 1%, 10/%).

Quando a ciência ainda não é capaz de responder à pergunta formulada, o ser humano procura aplacar a angústia despertada pela pergunta, criando uma *teoria*. Já classicamente, se enuncia que a boa teoria é aquela que já traz dentro de si condições para ser ultrapassada por outra melhor – ou pela verdade científica. Quando a pergunta não é respondida pela teoria, persiste a angústia, agora aplacada sob a forma de uma *hipótese*.

Existem perguntas, porém, para as quais nem isso é possível. O ser humano precisa e busca algo à guisa de resposta. Nestas situações, apela para a semântica: cria um neologismo ou usa velhas palavras e/ou expressões em novo contexto e/ou significado. Os médicos, com relativa frequência, apelam para tal tipo de saída: Por exemplo, rotulamos como diagnóstico (resposta procurada) “tireoidite *inespecífica*, isto é, não é específica ou pelo menos não sou capaz de saber; hipertensão *primária*, isto é, não é secundária a algo que possa ser identificado; febre “criptogenética”.

Esta via, a da semântica, é também válvula de escape para o ser humano que a utiliza em outras situações que o angustiam. É o caso ou a condição em que o ser humano sente ou percebe algo que ele não é capaz de apreender em seu todo, ou que ele não é capaz de definir e/ou de caracterizar, mas que existe e o angustia. O ser humano, aqui, também apela para a semântica. Expressões antigas são retomadas, ou novas palavras são criadas. Trata-se de palavras que nos fazem intuir, “sentir”, reconhecer, embora não se possa definir. É o caso de “globalização”, “desenvolvimento”, “sustentabilidade”. É o caso da expressão “medicina fútil” e suas congêneres “tratamento fútil”, “obstinação terapêutica”, “futilidade médica”.

Nestas situações, as expressões acabam facilitando a comunicação, de início, mas criando, às vezes, dificuldades de comunicação com o passar do tempo. No início, embora ainda relativamente de significado mais ou menos vago, tais expressões são recebidas como tendo um significado comum a todos os que as empregam. Aos poucos, com usos e costumes, as expressões passam a ter significados outros, mais abrangentes ou mais restritos.

Ao fim de algum tempo, chega-se à conclusão de que se deve procurar uma definição clara e precisa para tais expressões, pois surge uma tendência, variável de autor para autor, de se empregar a mesma expressão, mas com nuances de significados. A esta altura, a definição, já se tendo fugido dela por ocasião do “nascimento” da expressão, é, muitas vezes, tarefa difícil, pois se trata de “homogeneizar” o que se tornou heterogêneo.

Talvez, o mais indicado seja poupar esforços, preocupando-nos menos em definir e concentrar esforços para caracterizar, embora sem

definição, o que estamos entendendo pelo uso da expressão. É possível ser este o caso, quando falamos de tratamento fútil.¹

2. Gênese histórico-cultural: da utilidade à futilidade das intervenções médicas

O conceito de “futilidade médica” é tão antigo quanto a medicina. Os médicos sempre reconheceram ao longo da história que, muitas vezes, determinados tratamentos que apresentam uma estimativa de sucesso muito baixa não devem ser instituídos. Por exemplo, na escola de médicos inspirada e liderada por Hipócrates (400 aC) encontramos a seguinte afirmação:

“Quando a doença é forte demais em relação aos medicamentos disponíveis, o médico certamente não deve esperar que ela possa ser vencida pela medicina”.

“Tentar implementar um tratamento fútil é mostrar ignorância que é aliada à loucura” (Hippocratic Corpus, 1977).

Na *República de Platão* (Livro III), Sócrates invoca Asclépio para dizer que este se negaria a tratar de pessoas inúteis para a sociedade. Textualmente diz que “quem não fosse capaz de levar uma existência normal não merecia cuidados de sua parte (Asclépio) por ser uma pessoa inútil a si mesma e à sociedade”. Aqui, a “inutilidade” tem um sentido não diretamente atrelado à medicina em si, e que é invocado para análise da implementação ou não do testamento médico por razões econômicas, como, aliás, é assemelhado numa das epígrafes.

Como e por que se chegou à situação que se denomina genericamente de “futilidade médica”? Em parte, isso ocorreu graças ao suces-

1. A nosso ver, o que importa é equacionar a problemática bioética envolvida na questão “futilidade médica”, para, portanto, da angústia chegarmos à serenidade da melhor deliberação. Angústia é aqui entendida não tanto como tormento ou manifestação patológica (longe, horas, da antigamente denominada neurose da angústia), e sim como ansia autêntica em busca de ação libertadora. Serenidade é aqui entendida no sentido tão bem caracterizado por Bobbio (2000) como virtude (que pode até vir a ser analisada como “referencial”). Para Bobbio não cabe contrapor a ética das regras (direitos e deveres) à ética das virtudes (onde situa a serenidade, p. 33). Para ele, opostas à serenidade são a arrogância, a insolência, a prepotência (p. 39). Não se deve confundir serenidade com submissão (p. 40), com humildade, com modéstia. A serenidade é incluída por Bobbio entre o que ele chama “virtudes fracas (p. 37) “não porque as considere inferiores ou menos úteis ou nobres. As virtudes fortes (coragem, bravura, ousadia etc.) são virtudes daqueles que têm o ofício de governar, dirigir, comandar (p. 37). As virtudes fracas, segundo o autor, são próprias do homem privado, do que não deseja aparecer (p. 37); “o sereno é, ao contrário, aquele que deixa o outro ser o que é, ainda quando o outro é o arrogante, o insolente, o prepotente” (p. 40). “O homem sereno é tranquilo”. É esta tranquilidade que aplaca a angústia.

so e à utilidade da medicina intensivista. Durante a Segunda Guerra Mundial, conseguiram-se bons resultados com a tentativa de concentrar os cuidados aos graves feridos da guerra em ambientes em que se aglutinavam recursos materiais e humanos. Já nos anos 60, se instalavam em vários centros médicos do mundo as unidades e, logo a seguir, os centros de terapia intensiva, e surgia uma nova especialidade médica: a terapia intensiva e/ou intensivista.

Fruto destas iniciativas, houve extraordinário desenvolvimento científico e tecnológico: novos fármacos vasoativos, novos sedativos, novas medidas de suporte vital, novos equipamentos, novos sistemas de monitorização dos sinais vitais, novos suportes para “ressuscitação” e, sobretudo, recursos humanos melhor preparados e especializados.

O sucesso daí resultante entusiasmou o meio médico e a sociedade em geral.

Muitas vidas foram salvas, sobretudo no caso de traumatizados, de infartados, de feridos por armas brancas e/ou de fogo, de pacientes com complicações graves pós-operatórias, de idosos com complicações agudas, de pacientes com falência aguda de órgãos e/ou sistemas. De modo geral, as possibilidades terapêuticas se ampliaram de maneira extraordinária. Assim, a partir da década de 1950, com o advento da Biologia Molecular, a medicina teve avanços maiores do que nos últimos séculos. O que até então era considerado como impossível passou a ser visto como ainda não possível. Transplante de órgãos, ressonância magnética, ultrassonografia, novas vacinas, cirurgias endoscópicas, stents, próteses novas, medicamentos novos em psicofarmacologia, em antibioticoterapia são fatos marcantes.

Os avanços científico-tecnológicos ocorridos na medicina e em áreas afins tornaram possível tratar e, muitas vezes, com sucesso, pacientes para os quais, até então, não havia perspectivas. Criou-se, deste modo, a sensação de que é possível atuar terapêuticamente com sucesso em todas as situações. Aos poucos, foi-se ampliando a indicação da terapia intensiva para pacientes crônicos e pacientes denominados “terminais”. Familiares, pacientes e também médicos sentiram-se “mais seguros” e “mais tranquilos”, estando os pacientes internados nas UTIs.

As instituições também adotaram a postura de proceder sempre à ressuscitação cardiopulmonar, o que ocasionava nova demanda às UTIs. Por outro lado, segundo Bedell e Col (1983), já na década de

1980, a equipe de saúde percebeu que a ressuscitação cardiopulmonar nem sempre era efetiva, resultando, com certa frequência, em sequelas graves. Além do mais, nesta época, a equipe médica nem sempre se preocupava em obter o consentimento dos familiares ou com o que o paciente desejaria que fosse feito. Na década de 1970-1980, transformou-se em aforismo inquestionável, com características dogmáticas, a afirmação: “enquanto há vida, há esperança”. Buscava-se a terapêutica “moderna” e a terapia intensiva em quase todas as situações críticas.

Estava consagrada, no meio médico e na sociedade, a utilidade da perseverança terapêutica. Já na década de 1980, evidenciou-se que nem sempre as medidas e os procedimentos médicos, nesta perspectiva perseverante, resultavam em sucesso; nem sempre eram úteis e poderiam ser até mesmo nocivos. Já na década de 1950, Jean Robert Debray teria utilizado a expressão “obstinação terapêutica” (*l'acharnement thérapeutique*), definida como sendo “o comportamento médico que consiste em utilizar processos terapêuticos, cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal a curar, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor do que os inconvenientes previsíveis” (Pessini, 2004, p. 31).

Os familiares dos pacientes, aos poucos, foram percebendo que a obstinação terapêutica, além de se mostrar inútil, poderia ser nociva ao paciente, acarretando malefícios. As cenas de UTI, com tubos para alimentação e respiração, orifícios artificiais para gastrostomias, colostomias, traqueostomias, equipamentos e sedação, poderiam significar sofrimento inútil ao paciente.

Além disso, o paciente, em sua fase de terminalidade da vida, se via privado da companhia e do carinho de seus familiares, colocado em UTI, longe deste convívio. Ao mesmo tempo, somava-se a estes fatores o processo de tomada de consciência do elevado custo do tratamento, que resultava em nenhum benefício para o paciente. Este fato passou a ser considerado pelos familiares. Tornou-se muito comum a cena do empobrecimento familiar, isto é, paciente e/ou seus familiares esgotavam em pouco tempo todos os recursos financeiros acumulados ao longo de toda uma vida. Também as instituições de saúde e, sobretudo, os planos de saúde começaram a controlar os gastos e ficaram atentos ao elevado custo de procedimentos que não beneficiam a ninguém.

Assim, foi-se intensificando a propagação do conceito de que o tratamento intensivo na UTI poderia trazer mais malefícios que benefícios,

crescendo, aos poucos, a ideia do tratamento inútil. Do entusiasmo pela terapêutica útil foi se passando para a possibilidade da terapêutica inútil, ou até mesmo nociva. Passou-se paulatinamente, da utilidade à futilidade, chegando-se a falar em “medicina fútil”.

Pessoalmente, ao surgir a expressão “medicina fútil”, me senti absolutamente incomodado, como médico. Pois não dá para admitir que a medicina, enquanto profissão, ciência técnica e ou arte, voltada para a restauração e/ou proteção da saúde do ser humano, pudesse ser adjetivada como “fútil” ou “inútil”, e pior, “nociva”. O que poderia ser fútil ou nocivo e bibliográfico o ato praticado, isto é, o médico poderia estar tomando atitude inútil. Hoje, o descritor mais utilizado (aliás, o único no PUB – MED) é “futilidade médica” e não “medicina fútil”.

O que importa aqui é assinalar que o médico, o doente e a família devem admitir que o tratamento médico, em certas situações clínicas, pode ser inútil, fútil e/ou nocivo. Médico, familiares e, por vezes, o próprio paciente, movidos pelo desejo autêntico de salvar e/ou prolongar a vida, poderiam estar prolongando o processo inexorável da morte e acrescentando sofrimento. Assim, ao lado da velha expressão eutanásia (literalmente: boa morte) surgiram os neologismos *ortotanásia*, para designar a morte natural sem abreviações e nem prolongamentos indevidos, e a expressão *distanásia*, que é sinônimo de tratamento fútil e inútil que não beneficia o paciente (Martin, 1999). O importante é assinalar o reconhecimento da possibilidade da “futilidade médica” e/ou do tratamento fútil.

3. A utilidade da definição de futilidade nas intervenções médicas

Admitida a possibilidade do “tratamento fútil”, cabe perguntar: como saber se a obstinação terapêutica instituída com os mais louváveis objetivos é “maléfica ou nociva” ou, pelo menos, não benéfica, em qualquer sentido, para o paciente ou, pelo menos, inútil e, por isso, fútil? Como se faz o diagnóstico de que o tratamento é “fútil”? Como se define “tratamento fútil”? À primeira vista, parece ser tarefa simples, mas, na realidade, não é tão simples assim.

Nem sempre a linguagem facilita a comunicação, sobretudo quando as palavras e/ou as expressões – aí incluindo principalmente os neologismos – representam, no fundo, uma saída semântica para expressar

estados de angústia não resolvidos ou nem mesmo bem caracterizados, como já referido no início deste artigo.

Não há como deixar de reconhecer a validade, a oportunidade e a profundidade do pensamento de Platão em um de seus diálogos. Estamos nos referindo a “Cratilo”, “da Retidão das palavras”, quando diz: “Há uma arte de legislar linguagem. O legislador da linguagem – o ‘*Normoteta*’, o legislador de todos os artesãos – é o mais raro entre os homens” (Platão, 2001).

Dentro de uma linha primária e simplista de lógica elementar, é de se supor que “tratamento fútil” é aquele que, instituído, se mostrou ineficaz, inútil e/ou nocivo. Em palavras simples, seria aquele tratamento instituído que não foi exitoso e em que o paciente vem a falecer, não obstante o tratamento. Nesta linha de posicionamento, o diagnóstico de “tratamento fútil” seria feito a “posteriori” – nesta situação, “fútil” seria fazer o diagnóstico de tratamento fútil “a priori”. Como fazer “a priori” tal diagnóstico, pois ele só se faz após ter sido realizado?

Ao aceitar o diagnóstico apriorístico de que o tratamento seria fútil, não se estaria correndo o risco de se privar o paciente de uma possibilidade legítima de sobrevivência? Não é um risco grave tal atitude? Passamos assim da utilidade à futilidade e, nesta situação, à futilidade do diagnóstico de tratamento fútil, pelo perigo que representaria em omissão de tratamento, que poderia ser útil. Pode-se até admitir, com fortes reservas, o perigo, do ponto de vista clínico, de se privar o doente de um determinado tratamento, porque este, sendo instituído, seria fútil. Contudo, a ideia de que há um ponto em que o tratamento virá a se mostrar fútil pode ser útil, sob outro ângulo clínico e fisiopatológico.

A título de ilustração, utilizamos uma situação de choque hemorrágico. Em meados do século passado, com a experiência da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e da Guerra da Coreia (1955), os médicos chegaram a constatar que, em determinadas situações da síndrome do choque, se atingia um ponto crítico além do qual qualquer medida terapêutica estava fadada ao insucesso, pois os doentes viriam a falecer. Cunhou-se a expressão “choque irreversível”. Do ponto de vista puramente clínico, de início, obteve-se resultado às vezes desastroso: terapêutica adequada era suspensa ou não instituída, pois se fazia o diagnóstico de choque irreversível, e, por isso, não adiantaria nada tratar

o paciente. Chegou-se inclusive a interromper o tratamento de choque, se após X bolsas de transfusão sanguínea em paciente – em choque hemorrágico – não se lograsse êxito.

A experiência mostrou, porém, que X não era indicativo de fracasso, pois doentes que não se recuperam com X bolsas se recuperaram com 2 X bolsas de sangue. Se, do ponto de vista clínico, o diagnóstico de choque irreversível era “perigoso” e “falacioso”, do ponto de vista físico-patológico, o conceito se mostrou altamente relevante. A suposição de que, além de certo ponto, o choque, de qualquer natureza, se tornava refratário a qualquer terapêutica, isto é, se atingia um ponto de irreversibilidade, foi importante na busca da causa da irreversibilidade. Os estudos experimentais e clínicos em busca da causa da irreversibilidade foram de fundamental importância para a compreensão do fenômeno do choque e de seu tratamento.

Seria *fútil*, fazer o diagnóstico *a priori* de choque irreversível, mas foi *útil* buscar a causa da irreversibilidade. A expressão “tratamento fútil” foi suplantada pela *utilidade* que a expressão suscitou. Foi útil a ideia de que há um momento em que o tratamento se torna fútil. Qual seria este momento? Como se determina? Quem o estabelece e com que base? Estas e outras questões correlatas suscitaram exaustivas pesquisas médicas e profundas meditações bioéticas. Voltaremos a elas mais adiante ao falarmos em deliberação e decisão frente ao “tratamento fútil”.

A utilidade da ideia decorrente de futilidade terapêutica é eloquentemente demonstrada pela concepção da morte encefálica. A partir da ideia de que determinados estados de coma (outro neologismo, “*coma dé passéé*”) eram refratários (isto é, levavam ao óbito inevitavelmente) a qualquer tratamento, isto é, nesta situação, o tratamento seria inútil, fútil, aliado à necessidade de se obter órgãos para transplante em condições de viabilidade biológica, chegou-se à mudança do conceito clássico de morte (a parada cardiorrespiratória), substituído por nova concepção e determinação de morte, a partir do encéfalo.

Partindo da análise retrospectiva dos casos de morte em pacientes comatosos, a Comissão de Harvard, em 1968 (*Report of the ad hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of Brain Death*), estabeleceu os critérios de morte encefálica, diagnosticada independentemente de parada cardiorrespiratória. Vale lembrar que tais parâmetros de diagnóstico sofreram, posteriormente, algumas alterações em

vista de situações de exceção (coma por ingestão de barbitúricos, parada cardíaca e coma em casos de hipotermia). Não obstante, a questão da morte encefálica ainda é objeto de discussão, sob alguns aspectos. Basta dizer que existem vários protocolos nacionais para o diagnóstico de morte encefálica. Em 2002, eram referidos 87 protocolos (Wijdick, 2002). De todo modo, não há como negar o aspecto *útil* decorrente do aparentemente *fútil*.

Outro exemplo de utilidade: o fato de se admitir, discutir, analisar e definir em que consiste o *tratamento fútil* alavanca, de modo nítido, a atenção para a questão dos cuidados paliativos. Para além da futilidade de certos tratamentos e do dever de não se abandonar o paciente, porque não é mais possível a cura, vislumbra-se a necessidade de uma ética do cuidado e a necessidade de implementação dos cuidados paliativos (Schneiderman, 2008, p. 136-146).

4. O que entender por tratamento fútil? Uma síntese da literatura

Na base de dados PUB-MED, usando como palavra chave “tratamento fútil”, encontram-se referidos 71 artigos em que consta tal expressão no título, sendo o 1º artigo datado de 1987 (Miles, 1987). Interessante notar a distribuição do número de publicações por décadas.

Assim, na década de 1970-1979, não há nenhuma referência; na década de 1980-1989 temos um artigo; na década de 1990-1999, 39 publicações; na década de 2000-2009, 25 referências; em 2010, 2 referências; em 2011, 3; e em 2012 (março), uma referência. Quando se cruza “tratamento fútil” com “definição” (no título do artigo), não se encontra nenhum registro. Vale, porém, salientar que o descritor registrado como *DECS* (descritor em ciências da saúde) é “futilidade médica”, e não tratamento fútil. Utilizando este descritor e cruzando com “definição”, encontram-se apenas quatro artigos referidos.

De acordo com o descritor (Decs Pub Med), “futilidade médica” é a ausência de um propósito ou de um resultado útil no procedimento diagnóstico ou na intervenção terapêutica; dá-se na situação de um paciente, cujo estado não será melhorado pelo tratamento ou casos em que o tratamento mantém uma inconsciência permanente ou em que não é possível interromper a dependência de cuidados médicos intensivos.

Utilizando o descritor do Medline (Medical Futility) no título do artigo, encontramos, até 2011, 188 publicações. Analisando por décadas (excluindo as publicações em 2010 e 2011), o total se reduz a 179 (pois, em 2010, há 7 publicações e, em 2011, 2 artigos). Dos 179 artigos, 99% foram publicados entre 1990 e 2009 (década de noventa [1990-99]), 104 publicações – 55%, e, na década de 2000-09, 74 artigos, 41%. Antes de 1990, há registros de apenas um artigo (década de 1970-79).

A futilidade médica, nas décadas de 1970 e 1980, esteve voltada para a reanimação cardiopulmonar – eficiência, efeitos adversos e consequências para o paciente (Heland, 2006). Com os avanços técnico-científicos, a atenção tornou-se mais abrangente, focalizando outros tópicos, além da reanimação cardiopulmonar. Cabe assinalar que o descritor *medical futility* faz referência explícita não apenas a “tratamento fútil”, mas também a procedimento diagnóstico, aí incluído como possibilidade de “futilidade médica”. Quando se analisa a literatura, verifica-se que a definição de futilidade médica ou tratamento fútil parece ser uma questão aberta, a tal ponto que alguns estudiosos da área afirmam que as tentativas de definir futilidade médica demonstram que é um conceito que se presta a confusão, inconsistência e controvérsia (Lo, 2001, *apud* Heland).

Miles, 1994, *apud* Heland (2006), considera futilidade o tratamento que seja fisiologicamente implausível, não benéfico ou não validado. Uma das definições frequentemente citadas é a de Schneiderman e Col (1990), para quem a noção de *futilidade médica* tem um componente quantitativo e outro qualitativo. Os autores propõem que, quando os médicos concluem, por experiência pessoal, experiência compartilhada com outros colegas ou com base em dados empíricos publicados, que nos últimos 100 casos um tratamento se mostrou inútil, deve-se considerar o tratamento como sendo fútil.

Os autores propõem que o substantivo “futilidade” e o adjetivo “fútil” sejam usados para descrever qualquer esforço destinado a atingir um resultado que é possível, mas que a racionalidade ou a experiência sugere ser altamente improvável e que não pode ser sistematicamente obtido; no que diz respeito a aspectos qualitativos, os autores propõem que todo tratamento que meramente preserva a inconsciência permanente ou que falha em encerrar a total dependência de cuidados intensivos deve ser considerado não benéfico e, portanto, fútil.

Em publicação recente, uma das maiores autoridades norte-americanas na discussão desta temática da “futilidade médica e/ou tratamento fútil”, Lawrence J. Schneiderman, um dos pioneiros e mais considerados estudiosos da questão “medical futility” nos EUA, retorna à questão da definição de futilidade médica, reafirmando que entram em jogo o componente quantitativo e o qualitativo, e afirma que futilidade médica é probabilidade inaceitável de se obter um efeito que o paciente tem capacidade de considerá-lo benéfico. O autor comenta várias definições, desde a antiguidade até a contemporaneidade, chamando a atenção para a excepcionalidade e as cautelas, salientando ainda o valor heurístico em definir futilidade médica na busca da definição. Os dados da literatura demonstram que não há unanimidade quanto à definição, havendo quem considera que se deva estabelecer um período de moratória para a questão (Schneiderman, 2011).

Mc Intosh assinala e analisa que numerosos artigos foram escritos, procurando definir o conceito de futilidade médica; bem como vários seminários foram realizados, tentando estabelecer conduta em tais situações, e conclui que todos os esforços encontraram obstáculos significantes para sua implementação (Mc Intosh, 2008). De fato, a literatura registra discrepância entre médicos quanto ao que consideram futilidade médica (McCrary e Col, 1994), bem como discrepância entre médicos e enfermeiros (Frick e Col, 2003). Boa análise descritiva e crítica sobre futilidade médica encontra-se em Bernat (2005), concluindo que não há unanimidade com relação ao limiar estatístico para que um tratamento seja considerado fútil. Ewer (2001) indaga se não estamos tentando definir o termo errado ou equivocado; a definição seria inútil e clinicamente irrelevante. Busca-se, segundo ele, traçar uma linha arbitrária em um *continuum*. Segundo este autor, deveríamos estabelecer um ponto de corte, ao invés de buscar definição.

Além da dificuldade de definir, existe outro aspecto ambíguo quanto às expressões “tratamento fútil” e “futilidade médica”, às vezes, empregadas como equivalentes. Na realidade, por seu próprio conteúdo e pela análise da situação embutida no descritor (DECS por Med), o tratamento fútil inclui-se em futilidade médica, mas futilidade médica inclui, além do tratamento, qualquer procedimento, por exemplo, diagnóstico. A nosso ver, cabe a distinção, sobretudo para efeito de decisão

médica e ética em um caso e outro. Talvez devamos nos preocupar menos com *definição* e mais com *deliberação ou decisão*.²

5. Em busca do significado dos conceitos: deliberação e decisão

No que se refere a “tratamento fútil” e, por extensão, a “futilidade médica”, a questão central é: *deve-se ou não instituir uma medida terapêutica?* Quem delibera, decide ou determina? Neste ponto, impõe-se uma distinção léxica, que se reveste de grande importância para o questionamento na busca de respostas às indagações acima formuladas. É imprescindível diferenciar-se duas expressões que, quando não usadas distintamente, geram confusão e dificultam a busca de resposta às perguntas. Referimo-nos aos *conceitos de deliberação e decisão*. Consideramos fundamental distinguir-se uma expressão da outra, muito embora, em alguns dicionários, os dois vocábulos sejam considerados sinônimos. cremos que muitas confusões, quando se trata da questão relacionada a “tratamento fútil”, decorram do fato de se confundir o significado de *deliberação* com *decisão*.

O vocábulo *deliberação*, segundo o dicionário Houaiss (2009), significa: 1) debate com o objetivo de resolver algum impasse ou tomar uma decisão; 2) questionamento, reflexão, tendo em vista a resolução de um problema ou planejamento de uma atitude; 3) ação empreendida após consulta e/ou reflexão. Utilizamos a expressão *deliberação* com os dois primeiros significados.

Quanto ao vocábulo *decisão*, selecionamos na mesma fonte Houaiss (2009) três significados: 1) determinação, resolução tomada após julgamento; 2) capacidade de resolver; 3) livre escolha, opção, definição.

2. Para uma análise da problemática do tratamento fútil e inútil, indicamos para leitura e estudo alguns autores clássicos na abordagem desta problemática ética de final de vida. Entre outros estudiosos da questão indicamos: Daniel Callahan, do Hastings Center – New York (CALLAHAN, 1987, 1999); *When Doctors Say No: The Battleground of Medical Futility* (Quando os médicos dizem não: o campo de batalha da futilidade médica), de autoria de Susan B. Rubin (RUBIN, 1998); *Wrong Medicine: Doctors, Patients, and Futile Treatment* (Medicina errada: Médicos, pacientes e tratamento fútil), obra organizada por Lawrence J. Schneiderman e Nancy S. Jecker (SCHNEIDERMAN/JECKER, 1995); *Medical Futility and the Evaluation of Life-Sustaining Interventions* (Futilidade médica e avaliação de intervenções de sustentação de vida), obra editada por Marjorie B. Zucker e Howard D. Zucker (ZUCKER/ZUCKER, 1997). Em português temos pouquíssimas publicações até o presente momento. Neste contexto indicamos a tese doutoral de um de nossos autores (Pessini), publicada em português (2001, 2004), em espanhol (México, 2006) e, na Croácia (Zagreb, 2004), como livro, com o título: *Distanásia: até quando prolongar a vida?* (PESSINI, 2004).

Empregamos a expressão dentro destes significados, com destaque para determinação, opção, capacidade de resolução (atitude, ato). Verifica-se que, de fato, há uma esfera de significado comum a ambos os vocábulos, mas há também diferença.

A propósito, vale lembrar Platão-Sócrates (Diálogos=Crátilo) ao defrontar Hermógenes, para quem a correção de uma palavra depende da convenção, e Crátilo, para quem a denominação é correta por natureza. Lê-se (Crátilo, 439^a): “Se a rigor é possível apreender as coisas através dos nomes, mas se também é possível apreendê-las por si mesmas, qual é a maneira mais bela e mais clara de apreendê-las?” Manon (1992) explicita de maneira elegante tal pensamento de Platão, ao dizer que para Platão “o verdadeiro saber consiste em não interrogar as palavras para conhecer as coisas, mas em interrogar as coisas a fim de avaliar a exatidão das palavras”.

No caso da Bioética, desde a criação da Sociedade Brasileira de Bioética (1995), tem-se insistido em assinalar que a Bioética, enquanto ética, é essencialmente uma atividade de reflexão e juízo crítico sobre valores, objetivando a opção mais adequada. Por isso, a Bioética exige liberdade – liberdade para opção – e deliberação. Não há necessidade – até pelo contrário – de nenhuma adjetivação à bioética – Bioética deliberativa? – para se enfatizar a deliberação. A deliberação é intrínseca à bioética. A Bioética é deliberativa. A *deliberação* significa discussão, análise, reflexão crítica que resulta em proposta/s de ação. A decisão, no caso, significa *opção*, com base no processo deliberativo seguido de ação e determinação. Consequentemente, torna-se absolutamente relevante analisar como se delibera e quem delibera, como se decide e quem decide.

6. Quem e como se delibera? Médico? Paciente? Comissão de Ética ou de Bioética Clínica?

Em primeira instância, quem deve deliberar no sentido acima exposto é o médico – ou o profissional da saúde responsável pelo doente – e o paciente, respeitada sua capacidade de autodeterminação. No caso de autonomia reduzida ou nula do paciente, participarão os familiares e ou responsáveis legais. Vale assinalar que a participação de familiares e de responsáveis legais pode ocorrer mesmo que o paciente tenha condições de exercer sua autodeterminação, desde que tal par-

ticipação seja solicitada pelo paciente e/ou pelo médico ou desde que seja julgada desejável essa participação. Em situações de inconsciência do paciente, em que não se sabe qual seria a opção do paciente, frente a determinados tratamentos de prolongamento de vida, cresce a perspectiva de valorização das Diretivas Antecipadas de Vontade, como ocorre no Brasil, através do Conselho Federal de Medicina, aprovadas em 2012 (CFM, 2012).

A deliberação iniciar-se-á pela análise da indicação ou não do tratamento pelo profissional de saúde, que, baseado: a) em sua experiência, vivência e conhecimento médico científico; b) no estado da arte e à luz da literatura médico-científica; c) em sua análise quanto aos aspectos éticos envolvidos; d) e, sobretudo, na relação do médico com o paciente específico, proporá a instauração ou não dos procedimentos médicos que deveriam ser empregados. Se aceita a indicação proposta pelo médico por ambas as partes – médico e paciente e/ou familiares –, tem-se uma deliberação harmônica, que deve orientar a etapa seguinte, a da decisão. Se a indicação do médico não for aceita – isto é, se houver divergências –, algumas medidas podem ser adotadas. Se o paciente (ou responsáveis legais) opta por conduta diferente da proposta, o médico poderá seguir duas vias: 1) o médico considera aceitável o que lhe é proposto e concorda com a conduta; 2) o médico, dentro do referencial de sua própria autonomia, embora respeitando a autodeterminação do paciente, declina de sua condição de médico responsável pelo paciente por não concordar com a proposta. Esta 2ª via é assegurada ao médico pelo próprio Código de Ética vigente no país. Mas é necessário enfatizar que o próprio Código de Ética estipula que o paciente não poderá deixar, porém, de ser cuidado por outro profissional médico (CFM, 2009).

Contudo, esta segunda via só deve ser tomada, depois de esgotadas vias alternativas, que envolvem outros atores, que podem participar e colaborar na elaboração da deliberação. Tais atores podem variar, em função de diversas variáveis, relacionadas ao paciente, ao médico, aos familiares e à própria Instituição à qual está vinculado o paciente.

No Brasil, toda instituição de saúde em que atuem mais de 20 médicos é obrigada a constituir uma Comissão de Ética Médica (Resolução CFM, nº 1.215/1.985). Deste modo, no caso de divergência quanto à proposta do profissional, pode-se apelar para a participação da Comissão de Ética Médica da Instituição na elaboração da deliberação. Vale

lembrar, ainda, que outra medida, além desta, pode ser efetivada com a realização de conferência médica, solicitada pelo paciente e/ou seu responsável legal ou pelo médico responsável pelo paciente. Contudo, não obstante a possibilidade de atuação da Comissão de Ética Médica, podem ocorrer situações em que não se consegue o adequado equacionamento de conflitos éticos. Em tais situações, sobretudo, considera-se como ideal recorrer-se às Comissões de Bioética Clínica. Essas comissões já existem de forma pontual em algumas Instituições; podem vir a constituir-se como peças fundamentais nas possíveis situações de “futilidade médica”.

A nosso ver, é chegado o momento de institucionalizar-se um sistema de Bioética Clínica em nosso País, a exemplo do que ocorre com o sistema brasileiro de Ética na Pesquisa em Seres Humanos. Apresentamos (Hossne) no 8º Congresso Internacional de Ética e Bioética Clínica (São Paulo, maio de 2012) esboço de tal sistema a ser submetido à análise do Conselho Nacional de Saúde. A proposta está publicada na obra: *Bioética no pluralismo e na diversidade: teorias, experiências e perspectivas* (Pessini et al., edit, 2012, p. 229-249).

Alguns pontos são aqui destacados. As Comissões de Bioética Clínica deverão desenvolver atividades de supervisão ética, de educação em bioética, de consultoria ampla e de pesquisa em bioética clínica. A Comissão de Bioética Clínica deverá ter “múnus público”, ter composição multiprofissional e gozar de plena autonomia em suas atividades. No caso, a questão relativa à possível “futilidade médica” poderá ser encaminhada à Comissão de Bioética Clínica, que atuará na análise e reflexão da problemática, em conjunto com o médico, o paciente, os familiares, o responsável legal, os gestores, buscando elaborar deliberação (ou deliberações) a ser apresentada a quem deve e pode decidir.

Fica claro, pois, que a Comissão de Bioética não impõe decisão, mas representa deliberação ou deliberações que possam subsidiar a decisão. Em todas as etapas relativas à deliberação da Comissão há dois aspectos que, a nosso ver, merecem comentário. O primeiro aspecto diz respeito à relação médico-paciente, especificamente no processo de deliberação e no processo de decisão que envolve a autonomia do paciente. Sem dúvida nenhuma, a autonomia (autodeterminação) do paciente é um dos referenciais essenciais, fundamentais, da Bioética. Dele decorre o respeito à pessoa, à dignidade do ser humano e aos direitos do paciente. Isto não significa, porém, que se deva apelar para a autonomia do pa-

ciente como mecanismo de fuga à responsabilidade profissional e ética do médico em sua relação com o paciente.

Não nos parece adequado transferir pura e simplesmente ao paciente a deliberação e a decisão do que deve ser feito, mormente em situação penosa e difícil em momentos de risco de vida. Transferir exclusivamente e isoladamente ao paciente a deliberação e a decisão de se instituir ou não tratamento parece-nos cômodo, mas nem sempre é aceitável. Justamente no momento em que o paciente (ou familiares) leigo em risco de sua vida mais precisa de auxílio e de apoio se vê “isolado” e “abandonado”. Invoca-se, não raras vezes, que isso é assim, em respeito à autonomia do paciente, evitando-se o inaceitável “paternalismo” clássico de antigamente.

De acordo com o dicionário Aurélio, Paternalismo significa: 1) regime baseado na atividade paterna; 2) sistema de relações entre o chefe e os seus subordinados, segundo uma concepção patriarcal ou paternal da autoridade; 3) em política, tendência a dissimular o excesso de autoridade sob a forma de proteção (Holanda Ferreira, 1999). É nesta última acepção, que lembra o “despotes” dos “genos” gregos, que a expressão vem sendo utilizada quando se fala da relação médico-paciente.

Uma certeza nasce de nossa prática clínica: o paciente necessita e procura o médico, buscando apoio e parceria. Respeitada a autoridade, isto acaba sendo negado em nome de um falso ou inautêntico paternalismo. Além do mais, na relação médico-paciente, de fato, não se pode admitir, à luz da Bioética, paternalismo equivalente a despotismo. É importante enfatizar o ensinamento hipocrático ainda válido e mais do que nunca desejado: a relação médico-paciente pressupõe sempre um sentimento de *philia*, em duplo sentido, do médico ao paciente e do paciente ao médico. A *philia* sempre tem lugar e, de maneira alguma se opõe, pelo contrário, se soma aos referenciais de bioética. Não há ato médico sem relação médico-paciente, e não há adequada relação médico-paciente sem *philia*; *philia* pelo ser humano (filantropia) e *philia* pela técnica da arte médica – filotecnia –, sendo que a *filotecnia* deve estar a serviço da filantropia, isto é, amor ao ser humano. Assiste-se hoje ao relegar da *philia*, gerando-se animosidade e até agressividade na relação médico-paciente. *Philia* sim, despotismo não.

O segundo aspecto a ser considerado diz respeito à postura com que se inicia a análise da deliberação. Deve-se evitar, ao se discutir uma

questão como a da “futilidade médica”, que o problema seja encarado, *a priori*, de maneira maniqueísta, como dilema. A discussão e reflexão crítica da questão podem redundar, sim, em dilema, mas não se pode iniciar a análise, situando a questão como dilema. Existe uma tendência da mente humana de simplificar os problemas e convertê-los em dilemas, reduzindo os cursos da ação possíveis a somente dois. O início da discussão ética deve buscar todas as alternativas possíveis, evitando-se simplificações maniqueístas.

E como termina a deliberação? De acordo com as características de cada situação clínica, a deliberação poderá configurar-se como subsídio ou assessoria para a tomada de decisão, como apresentação de alternativas possíveis, como ponderações, ou como resposta a consulta, como sugestão e/ou até como recomendação. Sempre, porém, terá caráter de deliberação conjuntamente elaborada pela Comissão de Bioética Clínica e por todos os eventuais atores envolvidos na situação clínica apresentada: médico, equipe de saúde, paciente, familiares, gestores etc.

A deliberação conjuntamente elaborada não pode se prestar à diluição de responsabilidades dos vários atores nem ser utilizada como instrumento para cumplicidade no anonimato. Por outro lado, a deliberação conjuntamente elaborada nunca poderá ter caráter de imposição e/ou de decisão a ser cumprida. Deve ser totalmente afastada a possibilidade de transferência de responsabilidades indelegáveis. Assim, a responsabilidade de decisão de ato médico não pode ser transferida e muito menos assumida pela Comissão. A decisão deve ser tomada por quem tem, em primeiro lugar, o dever de decidir e, por isso, deve ter o poder de decidir. Por outro lado, embora a responsabilidade profissional seja intransferível e indelegável, a Comissão de Bioética Clínica, sendo esta dotada de *múnus público*, ao exarar seu parecer, assume corresponsabilidade bioética, claramente definida.

7. Responsabilidade médica no processo de deliberar e decidir a respeito de “tratamento fútil”

Deliberação e decisão (determinação) guardam relações entre si, embora tenham seus limites delineados. A deliberação ética parte de dados e/ou fatos de natureza médica. A decisão redundará, em última análise, também em ato de natureza essencialmente médica. Para efeito de ilustração desta linha de pensamento e com fins didáticos, fazemos a se-

guinte indagação: considera-se atitude adequada (em qualquer sentido) o médico propor, indicar e/ou insistir em instituir um “tratamento fútil”, isto é, “tratamento inútil” e/ou “nocivo”? De imediato a resposta é não.

Se o tratamento é inútil e/ou nocivo, fere-se, entre outros, o referencial ético da não maleficência, isto é, de não causar dano. O Código de Ética Médica Brasileiro (CFM, 2009), como peça deontológica (item II, item VI, XXII, artigo 1º, artigo 14), é claro e objetivo neste sentido. Vejamos: “O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional” (inciso II, Princípios Fundamentais). “O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade” (Inciso VI, Princípios Fundamentais). É vedado ao médico: Art. 1º “Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”; Art. 14º “Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País”. O inciso XXII dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica já analisamos no item nº 3 de nosso trabalho.

De outro lado, o paciente, dentre os direitos que lhe são assegurados frente ao princípio da autonomia (art. 22, art. 24, art. 31), pode impor ao médico a instituição de “tratamento fútil”? Vejamos os artigos: É vedado ao médico, Art. 22: “Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”. Art. 24: “Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo”. Art. 31: “Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso iminente de risco de morte”. Em outras palavras, em sendo desejo e/ou vontade do paciente, o médico é “obrigado” a determinar tratamento fútil”? Novamente a resposta, respeitados os devidos cuidados, é não (item VII, VIII, art. 36).

O inciso VII dos Princípios Fundamentais: “O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de consciência ou a quem não deseje”... O inciso

VIII: “O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho”. É vedado ao médico, conforme o art. 36, abandonar o paciente sob seus cuidados. “O médico tem direito de renunciar ao atendimento, desde que”...

É de se lembrar, porém, que o paciente não poderá deixar de receber cuidados. Tal como formulada a indagação, configura-se uma situação aparentemente de fácil solução. Na realidade, há outras indagações que devem, como premissas, ser colocadas e analisadas, antes de se chegar à indagação formulada (Neves, 2010; Moritz, 2011).

Assim, 1) o que é “tratamento fútil”? Aqui, cabe indagar se a expressão “tratamento fútil” não se presta a embutir um significado paradoxal. O que é tratamento do ponto de vista médico? É o conjunto de medidas que tem por objetivo e finalidade tratar o paciente. Ora, como pode ser fútil o “tratamento”? O que pode ser fútil não é o “tratamento”, pois este, por definição, não pode ser fútil. O que pode ser fútil é o procedimento ou o ato. Cremos que esta terminologia se presta a menos confusão que “tratamento fútil”, mesmo porque a “futilidade” não se refere apenas a procedimentos de natureza terapêutica, mas também a procedimentos de natureza diagnóstica ou propedêutica. 2) o “diagnóstico” de “tratamento fútil” é seguro? Como o médico chegou à conclusão de que os procedimentos serão “fúteis”, isto é, inúteis e/ou nocivos?

É possível fazer-se *a priori* o diagnóstico de que o tratamento será fútil? Há dados de valor absoluto? Não. Existem parâmetros? Sim. Podem ser quantificados, ainda que de modo relativo? Sim. Quem e como são estabelecidos tais parâmetros?

Fazer diagnóstico médico é ato médico e do médico, e, por isso, toda a questão do assim chamado “tratamento fútil” deve ser tratada como ponto de partida para deliberação, à luz do conhecimento médico-científico. O médico, baseado no estado atual da arte, utilizando dados baseados em metodologia científica, procurará estabelecer parâmetros e buscar os subsídios para o devido diagnóstico de inutilidade (e/ou nocividade) do tratamento. Serão dados da literatura, da experiência mundial, que servirão para validar ou não sua hipótese diagnóstica.

Contudo, não se pode esquecer que tais dados, ainda que obtidos pela melhor metodologia científica, deverão sempre ser considerados

em termos de *probabilidade e não de certeza absoluta*, por maior que seja a precisão do teste, altamente significativo. Mesmo quando os dados sejam resultantes de meta-análise, da “medicina baseada em evidências”, por duas razões: 1^a) meta-análise também dá resposta em termos de probabilidade; 2^a) “evidência” não é certeza; evidência é apenas indício, prova sugestiva, indicativa – evidência não é exatidão absoluta. Equivocadamente, passa-se a ideia de que evidência é prova cabal, e não o é. Não há como escapar do fato de que o médico não disporá de dados de valor absoluto; este fato ocorre em toda e qualquer situação médica, tanto para procedimentos diagnósticos quanto terapêuticos. Contudo, quando se fala em tratamento fútil, se estabelece relação com situações médicas dramáticas, sobretudo em fases de terminalidade da vida. Em outras palavras, futilidade médica pode ocorrer em qualquer atividade (diagnóstica ou terapêutica) médica e não apenas nas fases terminais da vida.

Em todas as fases da vida, mas principalmente quando na fase terminal, o médico utilizará os dados científicos e clínicos disponíveis, bem como sua própria experiência e vivência, lembrando, ainda e sempre, que o ato médico será instituído não na doença, mas naquele doente, para o qual o nível de significância do teste estatístico é importante, mas é a sua vida que está em jogo, e a vida é mais do que um simples índice percentual.

Como proceder perante uma situação em que o paciente e/ou a família desejam e solicitam a instituição do tratamento “fútil”? Ora, se o médico está convencido de que o tratamento é inútil e até nocivo (maleficência), ele, médico, não deve instituí-lo. Se não estiver convencido e ainda tiver dúvidas, pode (ou a família) solicitar outras opiniões ou até mesmo conferência médica e/ou recorrer à Comissão de Bioética Clínica.

Contudo, o aforismo “enquanto há vida, há esperança” não deve ser tomado isoladamente como dogma; ao lado de “enquanto há vida, há esperança”, deve-se incluir “enquanto há esperança, há vida”. Isto é, se o médico tem “esperança de benefício” (levar em conta os interesses do paciente), ele tem o direito de instituir o tratamento, ainda que, *a posteriori*, venha a se demonstrar inútil (em sentido absoluto); ainda como ato médico e do médico, cabe a busca para identificação e análise crítica das possíveis alternativas diante do diagnóstico de tratamento fútil. Em outras palavras, deve-se não encarar a questão de maneira maniqueís-

ta: implanta-se ou não se implanta tal “tratamento”. Deve-se buscar conhecer alternativas existentes e o que elas oferecem no sentido de “tratar”, ou melhor, de cuidar do doente sem nunca abandoná-lo. São dados de ciência médica, envolvendo a participação da equipe médica e que serão elementos fundamentais para a discussão e deliberação bioética. Sem eles, perde-se a participação inter e transdisciplinar inerente ao exercício bioético.

8. A importância da *Philia* no coração do processo de deliberar e da relação médico-paciente

A nosso ver, fica claro que a deliberação: 1) não é decisão; 2) se dá sob a égide e responsabilidade da Comissão de Bioética Clínica; 3) é elaborada em conjunto com todos os atores no âmbito do cuidado do paciente; 4) é de natureza inter, multi e transdisciplinar; 5) se baseia em dados da ciência médica; 6) é sempre “deliberação conjuntamente elaborada”.

A decisão é de quem tem o dever (e daí o poder e não o inverso) de decidir. E o que será decidido e determinado será sempre um procedimento, uma atitude, uma atuação de natureza médica. É, portanto, do médico “responsável” pelos cuidados a seu paciente que caberá a decisão, ouvidas outras opiniões ou não, respeitada ou não a “deliberação conjuntamente elaborada”. Tal decisão, contudo, deverá ser tomada no contexto da melhor relação médico-paciente. O médico tem autonomia para decidir, mas o paciente ou seu representante legal tem autonomia para consentir e/ou concordar com a decisão. O paciente pode concordar ou rejeitar a proposta de decisão apresentada por seu médico. O médico pode não concordar e/ou aceitar a decisão do paciente, mas deve respeitá-la. Em nenhum dos casos, porém, o doente poderá ser abandonado. Trata-se, na realidade, de duas esferas de competência (autodeterminação): a do médico e a do paciente.

Todo o esforço de deliberação e todo o processo de decisão deve buscar o entrosamento e não o antagonismo entre as duas esferas. O melhor caminho é a efetiva relação médico-paciente. Paradoxalmente, esta relação tem sido desvalorizada, intencionalmente ou não, na atualidade.

É pouco invocada, em nome do respeito à autonomia do paciente; em nome do não paternalismo, sufocando a *philia*. Sem *philia* não há

verdadeira relação médico-paciente, e sem relação médico-paciente não se pode falar em ato médico. Por vezes, ocorre que a angústia da decisão, que realmente pode ser carga pesada, é tangenciada, delegando-se, ao paciente ou à Comissão de Bioética Clínica, a decisão, invocando-se, oportunisticamente, a autonomia do paciente. Nesta relação médico-paciente, indispensável para a adequada decisão, médico e paciente, ou seu responsável legal, devem saber comunicar-se dentro da *philia*, que vai do paciente ao médico e do médico ao paciente.

De qualquer modo, o médico, utilizando seu conhecimento especializado e fundamentado no melhor estado de arte médica na atualidade, zelando pelos interesses de seu paciente, buscará, de comum acordo, atingir a adequada decisão. Neste processo, o médico levará em conta a “verdade científica”, mas não poderá esquecer que probabilidade “significante estatisticamente” não é, para o paciente, o mesmo que “significativamente”.

E, ao final, a decisão (determinação) é de responsabilidade do médico e do paciente, ou seu responsável legal. Deverá ser uma decisão assumida por quem deve decidir e tem a devida responsabilidade e poder, para tanto, pela decisão. É por isso que denominamos de “*decisão responsabilmente assumida*”. Não se transfere responsabilidade profissional, nem responsabilidade ética; assume-se responsabilmente, sempre respeitando os melhores interesses do paciente.

Considerações finais

Quanto mais se introduz tecnologia nas UTIs, mais necessário se torna a compreensão da questão da distanásia ou do tratamento fútil e inútil. Nada substitui o encontro dialogal, marcado pela *philia* na busca de diretrizes de cuidado da vida humana em estado crítico. Não faltam publicações que vão abordar esta questão, sob os mais diferentes ângulos da problemática (Bahieri, 2013; Blank & Marrick, 2005). Cresce também a consciência de limites em termos de investimentos terapêuticos que em nada beneficiam o paciente. O atual Código de Ética Médica Brasileiro que entrou em vigor em 2010 inova, quando, entre os princípios fundamentais, no inciso nº XXI, diz que: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados” (CFM, 2010).

O parágrafo único do artigo 41 diz que: “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”... A tradição de ética médica codificada no Brasil sempre se colocou contra a prática da eutanásia e agora também se posiciona contra a distanásia, ou seja, contra o tratamento fútil e inútil.

É necessário cultivar a sabedoria de integrar a morte na vida, como natural desta mesma vida. A morte não é uma doença e não deve ser tratada como tal. Não somos doentes nem vítimas da morte! Podemos ser curados de uma doença classificada como mortal, mas não de nossa mortalidade e finitude humanas. Numa linguagem Heideggeriana, o ser humano (ser *ai* = *Dasein*) é visto como um ser-para-a-morte e tem diante de si a responsabilidade de optar por viver uma “existência autêntica” ou não, assumir a responsabilidade de integrar a dimensão da mortalidade e finitude na vida (Heidegger, 2012). Nossa condição humana de existir não pode e não deve ser medicalizada a ponto de ser classificada como uma simples patologia! Ao comprometer-nos responsabilmente na arte de cuidar, é preciso que cultivemos a convicção fundamental do valor de que, para além da vida biológica, urge resgatar vida biográfica. Aqui nos encontramos com a história da pessoa, sua subjetividade, seus valores e opções de vida, seus medos e esperanças e aprenderemos a respeitar a pessoa em sua integralidade de ser e existir. Quando esquecemos isso, acabamos caindo na tecnolatria e na absolutização da vida biológica pura e simplesmente. Neste contexto, os instrumentos de cura e cuidado se transformam com facilidade em ferramentas de tortura. É deste cenário que devemos livrar as pessoas que necessitam de cuidados de saúde, quando estiverem neste mesmo momento crítico da vida.

Não devemos esquecer de que podemos, sim, estar diante de um tratamento considerado fútil e inútil, mas não existe cuidado fútil ou inútil. A ética do cuidado tem um lugar proeminente na história da medicina, resumida no adágio francês do século XV, quando afirma que o objetivo da medicina é “curar às vezes, aliviar frequentemente e confortar sempre” (Bertachini; Pessini, 2011). Como afirma Schneiderman, “não seria exagero apontar que, no passado, quando os pacientes buscavam um milagre, iam à Igreja ou suplicavam a Deus; hoje, vão ao hospital e exigem do médico. Portanto, é importante enfatizar: os médicos não são obrigados a fazer um milagre. Existem ações mais adequadas, que os entes queridos podem buscar e participar e que ajudam

em suas necessidades: expressar amor e carinho. Isto se chama *cuidados de conforto*” (Os grifos são nossos) (Schneiderman, 2011). A filosofia de cuidados paliativos, mencionada no corpo deste trabalho, responde a esta necessidade.

O Papa Francisco no discurso feito aos participantes da plenária da Pontifícia Academia para a vida em 5 de março de 2015, recomenda os cuidados paliativos. Diz o Pontífice que “eles testemunham que a pessoa humana permanece sempre preciosa, mesmo quando está marcada pela velhice e pela doença” (...) Os Cuidados paliativos têm por objetivo aliviar os sofrimentos na fase final da doença e ao mesmo tempo garantir ao doente um acompanhamento humano adequado” (...) “aprecio o vosso compromisso cinetífico ecultural a fim de garantir que os cuidados paliativos posam chegar a quantos deles precisam. Encorajo os profissionais e os estudantes a especializarem-se neste tipo de assistência que não possui menos valor pelo fato de ‘*não salvar a vida*’” (Papa Francisco, 2015).

A perspectiva da ética cristã católica delineada na *Encíclica Evangelium Vitae*, de João Paulo II (1995), diz com clareza: “Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado ‘excesso terapêutico’, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida” (João Paulo II, 2005).

O próprio Papa João Paulo II, ao perceber que sua hora tinha chegado, recusa voltar para o hospital onde sua vida biológica poderia certamente ser prolongada, mas opta para ficar seus últimos momentos de vida em seus aposentos, junto com as pessoas queridas, que o acompanhavam nos últimos anos de vida, num clima de fé e oração (uma vela acesa). Nas palavras do médico pessoal do Papa, Renato Buzzonetti, temos o seguinte relato: “Pelo fim da manhã (2 de abril de 2005), registrou-se uma brusca subida de temperatura. Pelas 15:30hs, com voz fraquíssima e palavra estropiada, em língua polaca, o Santo Padre pedia: ‘Deixem-me partir para o Senhor’. Os médicos davam-se conta de que o fim estava iminente e que qualquer novo procedimento terapêutico agressivo teria sido inútil” (...). Pelas 21:37, o Papa exalava o seu último suspiro” (Dziwisz; Drqzek; Buzzonetti; Comastri, 2006, p. 72). Em

outras palavras, investir mais seria praticar a distanásia. É esta súplica humana “deixem-me partir”, que centenas de doentes, hoje, prestes a dizer adeus à vida, erguem aos céus. Não podemos ficar indiferentes.

Permanece como um grande desafio o cultivo da sabedoria de abraçar e integrar a dimensão da finitude e da mortalidade na vida, bem como implementar cuidados holísticos (físico, social, psíquico e espiritual) no adeus final. É necessário cultivar uma profunda indignação ética em relação a tudo que diminui a vida num contexto social excluyente (mistanásia) e comprometer-se solidariamente. Entre dois limites opostos: de um lado, a convicção profunda de não abreviar intencionalmente a vida (eutanásia) e, de outro, a visão de não implementar um tratamento fútil e inútil, prolongando o sofrimento e adiando a morte inevitável (distanásia). Entre o não abreviar e o não prolongar está o cuidar com arte e humanidade. É um desafio grande aprender a cuidar do paciente terminal fora de possibilidades terapêuticas, sem exigir retorno, com a gratuidade com que se cuida de um bebê, num contexto social em que tudo é medido pelo mérito! Uma verdade esquecida é a de que como recebemos cuidados para nascer, precisamos também de cuidados no momento de partir desta vida. Chegada e partida são momentos profundos de vulnerabilidade humana! Perante esta condição urge proteger e cuidar! Cuidar é um desafio que une competência técnico-científica e ternura humana, colocando o “coração nas mãos”, sem esquecer que “a chave para se morrer bem está no bem viver!”.

Endereço dos Autores:

William Saad Hossne

Rua Vitória Régia, 81

Vila Paraíso

18.607-070 Botucatu – SP/BRASIL

E-mail: wsaad@fmb.unesp.br

E-mail: posbioetica@saocamilo-sp.br

Leo Pessini

Piazza della Madalena, 53

000186 Roma – ITALIA

E-mail: lpessini@uol.com.br

Referências bibliográficas

ARISTÓTELES. *Metafísica*. São Paulo: Abril Cultural, 1973, p. 211 (Os Pensadores).

BAHERI, Alireza (Org.). *Medical Futility: A cross-national study*. London: Imperial College Press, 2013.

BEDELL, S.E.; DELBANCO, T.I.; COOK, E.F.; EPSTEINS, F.H. Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital. *New Eng. J. Med.*, v. 309, n. 10, p. 569-576, 1983.

BERNAT, J.L. Medical futility. Definition, determination and disputes in critical care. *Neurocritical Care*, v. 5, n. 2, p. 198-205, 2005.

BERTACHINI L.; PESSINI, L. (Org.). *Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Paulinas, 2011.

BLANK, R.J.; MARRICK, J.C. (Ed.). *End-of-life decision making: A cross-national study*. Cambridge, MA: MIT Press, 2005.

BOBBIO, N. *Elogio da serenidade*. São Paulo: Unesp, 2000.

CALLAHAN, D. *Setting limits medical goals in an aging society*. New York: Simon & Schuster Inc., 1987.

_____. *False Hopes: overcoming the obstacles to a sustainable, affordable medicine*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1999.

CFM – Conselho Federal de Medicina. Na fase terminal de enfermidades graves e terminais é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente... Resolução CFM nº 1805/2006. *Diário Oficial da União (DOU)*, secção I, p. 169ss, 28 de novembro de 2006.

_____. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1931/09. *Diário Oficial da União (DOU)*, secção I, p. 90-91, 24 de setembro de 2009.

_____. Dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente. Resolução CFM nº 1995/12. *Diário Oficial da União*, secção I, p. 269-70, 31 de agosto de 2012.

CRANFORD, R.E.; GOSTIN, L. Futility: a concept in search of a definition. *Law Med. Health Care*, v. 20, n. 4, p. 307-309, 1992.

DZIWISZ, S.; DRAZEK, C.; BUZZONETTI, R.; COMASTRI, A. *Deixem-me partir: o poder da fraqueza de João Paulo II*. São Paulo: Paulus, 2006.

EWER, M.S. The definition medical futility: are we trying to define the wrong term? *Heart & Lung*, v. 30, n. 1, p. 3-4, 2001.

- FERREIRA A.B.H. *Aurélio século XXI – O Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FRICK, S.; UEHLINGER, D.E.; ZENKLUSEN, R.M.Z. Medical futility predicting outcome in intensive care unit patients by nurses and doctors – a prospective comparative study. *Crit. Care Med.*, v. 31, n. 2, p. 456-461, 2003 (in Bernat).
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Edição em alemão e português. Tradução, organização, nota prévia, anexos e notas de Fausto Castilho. Campinas/Petrópolis: Unicamp/Vozes, 2012 (Cf. especialmente o primeiro capítulo da segunda seção: “o possível ser-um-todo do Dasein e o ser para a morte”, § 46-53, p. 653-733).
- HELLAND, M. Fruitful or futile: intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility. *Australian Critical Care*, v. 19, n. 1, p. 25-31, 2006.
- HIPPOCRATIC CORPUS. The Art, in: REISER S.J.; DYCK A.J.; CURRAN N.J. (Ed.). *Ethics in medicine: historical perspectives and contemporary concerns*. Cambridge: Mit Press, 1977, p. 6-7.
- HOSSNE, WS. Bioética-princípios ou referenciais? *O Mundo da Saúde*, v. 30, n. 4, p. 673-676, 2006.
- _____. Sobre as incertezas na ciência, in: PESSINI, L.; SIQUEIRA, J.E., HOSSNE, W.S. (Org.). *Bioética em tempo de incertezas*. São Paulo: Loyola, 2010, p. 79-106.
- _____. Bioética clínica: perspectivas a partir das Diretrizes Éticas para a Pesquisa em Seres Humanos no Brasil, in: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P.; HOSSNE, W.S.; ANJOS, M.F. *Ética e bioética clínica no pluralismo e diversidade: teorias, experiências e perspectivas*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Ideias e Letras, 2012, p. 229-249.
- INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- JOÃO PAULO II. *Encíclica Evangelium vitae*. São Paulo: Loyola, 2005.
- LO, B. *Resolving ethical dilemmas*. A guide for clinicians. 2. ed. London: Lippincott Williams e Wilkins, 2000, p. 72.
- MANON, S. *Platão*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- MARTIN L. *A ética médica diante do paciente terminal: leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica*. Aparecida: Santuário, 1993.

- _____. Eutanásia, mistanásia, distanásia, ortotanásia, in: CINÀ, G.; LOCCI, E.; ROCCHETTA, C.; SANDRIN, L. (Ed.). *Dicionário interdisciplinar da pastoral da saúde*. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo; Paulus, 1999, p. 467-482.
- MCCRARY, S.V., SWANSON, J.W., YOUNGER, S.J., PERKINS, H.S., WINSLADE, W.J. Physician's quantitative assessments of medical futility. *J. Clin. Ethics*, v. 5, n. 2, p. 100-105, 1994 (In Mc Intosh).
- MCINTOSH, B. Medical futility. *Northeast Florida med. Supp.* p. 23-27, 2008. <www.dcmsonline.org>.
- MILES, S.H. Futile feeding at the end of life. Family virtues and treatment decisions. *The critical Med.*, v. 8, n. 3, p. 123-131, 2011.
- MORITZ, R.D. (Org.). *Conflitos bioéticos do viver e do morrer*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011.
- NEVES, N. (Org.). *A medicina para além das normas: reflexões sobre o novo Código de Ética Médica*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.
- PAPA FRANCISCO. Discurso aos participantes na plenária da Pontifícia Academia para a Vida. Sala Clementina. Quinta-feira, 5 de março de 2015. Disponível no site: w2.vatican.va. Discursos do Papa Francisco. Acesso realizado em 15 de agosto de 2015.
- PESSINI, L. *Distanásia: até quando prolongar a vida*. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2004.
- _____. Ethical questions related to end-of-life decisions: the brazilian reality, in: BLANK, R.J.; MARRICK, J.C. (Ed.). *End-of-life decision making: a cross-national study*. Cambridge, MA: MIT Press, 2005, p. 13-31.
- _____; HOSSNE, W.S. The reality of Medical Futility (Dystanasia) in Brasil, in: BAHERI, A. (Org.). *Medical futility: a cross-national study*. London: Imperial College Press, 2013, Chapter 2.
- _____; BARCHIFONTAINE, C.P.; HOSSNE, W.S.; ANJOS, M.F. *Ética e bioética clínica no pluralismo e diversidade: teorias, experiências e perspectivas*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Ideias e Letras, 2012.
- PLATÃO. *A república*. Livro III, Porto Alegre/Rio de Janeiro: Ediouro; Globo S.A., s.d., p. 118 (Coleção Universidade).
- _____. *Crátilo*. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

RUBIN, S.B. *When doctors say no: the battleground of medical futility*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1998.

SCHNEIDERMAN, L.J.; JECKER, N.S.; JONSEN, A.R. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann. Int. Med.*, v. 112, n. 12, p. 949-954, 1990.

_____; JECKER, N.S. *Wrong medicine: doctors, patients, and futile treatment*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1995.

_____. *Embracing our mortality: hard choices in an age of medical miracles*. Oxford: Oxford Press, 2008.

_____. Defining medical futility and improving medical care. *Journal of Bioethical Inquiry*, v. 8, n. 2, p. 123-131, 2011.

WIJDICK, E.F. Brain death worldwide accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology*, v. 58, n. 1, p. 20-25, 2002.

ZUCKER, M.B.; ZUCKER H.D. *Medical Futility and evaluation of life-sustaining interventions*. Melbourne: Cambridge University Press, 1977.