

ANEXO B

CAPA

O direito de morrer

A Holanda está prestes a ser o primeiro país a legalizar a eutanásia. O debate sobre o assunto pega fogo no mundo todo. Afinal, temos o direito de escolher o jeito e o momento de morrer?

POR DENIS RUSSO BURGIERMAN
drusso@abril.com.br



Agaúcha Eulália era uma senhora ativa que não parava em casa. Aos 63 anos, perdeu o marido. Dali em diante, sua vida mudou. Era vista pedindo a Deus que a levasse logo. Foi acometida de uma osteoporose e ficava cada vez mais tempo na cama, definhando, gemendo de dor. Com os anos, perdeu a lucidez e passou a confundir até os rostos mais familiares. Teve que começar a usar fraldas. E chorava com a humilhação de depender dos parentes para tudo. Matriarca de uma família de médicos, dona Eulália foi bem assistida. Aos 75 anos, seu quarto se transformou em um leito de hospital. Ela passou a se alimentar por sonda, a receber soro. Até que entrou em coma, vítima de mau funcionamento dos órgãos e da alimentação insuficiente.

Um dia, um dos médicos da família observou seus reflexos e concluiu que, embora o coração continuasse batendo firme e a respiração não desse sinais de fraqueza, dona Eulália jamais se recuperaria do coma. A profissão lhe dava acesso a medicamentos controlados e ele conseguiu morfina. Um dos parentes aplicou a injeção no braço da doente. A respiração dela foi ficando cada

vez mais espaçada. Quinze minutos depois, dona Eulália inspirou suavemente. Nunca mais soltaria o ar.

Essa história é verdadeira, exceto pelo nome da paciente. Aconteceu em 1995. Se tivéssemos publicado o nome real de dona Eulália, os parentes dela poderiam ser processados por homicídio. A pena acabaria atenuada pelo fato de o crime ter sido cometido "por relevante valor social ou moral", como prevê o Código Penal. Mesmo assim, o médico que aplicou a injeção arriscaria passar de quatro a 17 anos na cadeia. Além disso, seria julgado pelo conselho de medicina local, que certamente cassaria sua licença e o proibiria de exercer a profissão. (No atestado de óbito de dona Eulália lê-se "morte natural".)

Ninguém sabe dizer se casos como esse são uma raridade no Brasil ou se são, por aqui, tão comuns quanto na Holanda – onde pelo menos 3,5% das mortes anuais são apressadas por um médico. Lá, na terra dos moinhos e dos ranancos, a Câmara Alta (que equivale ao nosso Senado) prepara-se para votar, até maio, uma lei que vai legalizar a eutanásia – morte provocada pelo médico, com o consentimento do paciente, quando o sofrimento físico ou psíquico é incurável e insuportável – e o suicídio assistido – morte nas mesmas circunstâncias, só que provocada pelo próprio paciente.

"A aprovação é quase certa, já que 92% da população é a favor da legalização da eutanásia", diz o professor de medicina social Gerrit van der Wal, da Universidade Livre de Amsterdã. Em novembro último, a Câmara Baixa daquele país (equivalente à nossa Câmara dos Deputados), já tinha votado a favor da nova lei. Mas, mesmo antes, eutanásia e suicídio assistido eram tolerados na Holanda. É que, em 1993, entrou em vigor uma lei que garantia que nenhum médico seria processado por realizar a eutanásia desde que seguisse algumas regras e que comunicasse tudo à Justiça. Em 1995, uma enorme pesquisa foi feita na Holanda. Os médicos tinham a garantia de que não seriam processados se falassem a

verdade. O resultado: de um total anual de 140 000 óbitos, 3 600 tinham ocorrido por meio de eutanásia autorizada pelo doente, 400 por suicídio assistido e 900 por eutanásia não-consentida (sem a concordância explícita do paciente, por ele estar em coma irreversível, por exemplo, como aconteceu com dona Eulália – algo que a nova lei holandesa não prevê e que provavelmente continuará proibido naquele país).

Enquanto isso, por aqui, ninguém toca no assunto. Nem nos corredores dos hospitais, nem nas salas dos tribunais nem nos laboratórios das universidades. Raramente se discute a eutanásia no Congresso ou nas páginas dos jornais. E como se essa questão, que desafia a ética e a medicina, não existisse. Só que ela existe. Como em qualquer lugar, no Brasil tem gente que acha que tem o direito de escolher como e quando quer morrer. E como em qualquer outro país, aqui se pratica ►



➤ a eutanásia. Em que medida, não é possível dizer. É que não há dados. Eis o grande problema causado pelo silêncio que se faz a respeito no país: a falta de informação. Como resultado, as opiniões sobre o tema, quando há, são poucas e pouco informadas.

Uma sondagem recém-realizada pela *Seven* na internet aponta um empate técnico no cenário brasileiro: 50,4% dos 14 915 internautas que responderam à enquete se puseram con-

tra a legalização da eutanásia e 49,6%, a favor. No Canadá, 76% da opinião pública é a favor. Na Austrália, 81%. Nos Estados Unidos, 57%.

Mais números relevantes: de acordo com uma grande pesquisa realizada em 1997 por várias

universidades americanas em hospitais daquele país, 40% das pessoas morrem sentindo dores insuportáveis; 60% enfrentam fadiga extrema; e 63% passam por grande sofrimento físico e psíquico ao deixar a vida. Não há razões para crer que a situação seja diferente no Brasil, onde, pelo menos nas grandes cidades, se pratica o mesmo tipo de medicina e as causas de morte são semelhantes. Ou seja: a morte

tem sido, na maioria dos casos, uma experiência dramática e dolorosa. Daí a importância de discutir a eutanásia: será que você tem o direito de morrer de outro jeito?

Um dos motivos pelos quais não se fala muito a respeito, especialmente no ambiente médico, apesar de o tema interessar a todo mundo, é o dinheiro. Queiramos ou não, morrer custa caro. Definir num hospital, sai, em média, 2.000 reais ao dia – seis vezes mais se for numa UTI. (Nos Estados Unidos, 75% das mortes ocorrem em hospitais e um em cada três pacientes terminais passam pelo menos 10 dias em UTIs.) Nos seus últimos seis meses, segundo Daniel Deheinzelin, diretor clínico do Hospital do Câncer, em São Paulo, o paciente torra, em média, com médicos, remédios e hospitais, mais do que gastou com saúde em toda a sua vida. Nos Estados Unidos, segundo pesquisa recente da *Time/CNN*, nada menos do que um

terço das pessoas leva a família à falência ao morrer.

O fato, inegável, é que os recursos para a saúde são finitos e temos que decidir como gastá-los da melhor maneira possível", diz Daniel. "Ignorar essa discussão é hipocrisia." Ele se refere àqueles casos em que se sabe que o tratamento não vai resolver nada e em que ele é levado adiante mesmo assim. "Às vezes, isso é feito para o médico poder dizer à família que tentou de tudo. Às vezes, é para cobrar mais", diz Daniel. "Antes de discutir a legalização da eutanásia, temos que ter a coragem de estabelecer critérios claros para interromper tratamentos que não estão funcionando ou para não começar novos."

Na Inglaterra, essa discussão está pegando fogo. O governo acaba de resolver que não pagará mais hemodialis

Na Inglaterra, essa discussão está pegando fogo. O governo acaba de resolver que não pagará mais hemodialis para pessoas acima de 65 anos. Os britânicos sabem que, com isso, muita gente vai morrer. Mas decidiram que o dinheiro, um recurso sempre limitado, seria mais útil se investido, por exemplo, numa campanha antitabaco, que tende a salvar um número bem maior de vidas. "Não estou dizendo que os ingleses estejam certos", diz Daniel. "Mas não adianta fugir da discussão, como se houvesse leitos, médicos e equipamento para todo mundo."

Essa discussão, no Brasil, ainda é entendida como sacrilégio. A maioria dos médicos continua tentando até o final prolongar a vida do paciente, mesmo que isso signifique mais sofrimento. "Encher a pessoa de tubos e martimizá-la com tentativas heróicas de reanimação quando não adianta mais nada serve mais à consciência do médico do que ao paciente. É egoísmo", afirma a médica Beatriz de Camargo, especialista em câncer infantil e ardorosa defensora do que chama de "morte digna". Beatriz se depara frequentemente com um dilema quando trata crianças: uma infecção que surge quando a doença já está na fase terminal. "Nesse caso, normalmente não tentamos curá-la. Tratamos apenas de dar conforto. Mas a decisão é do paciente e da família. Quando eles querem, temos que esgotar todos os recursos."

Mesmo alguns representantes da Igreja Católica, que tem uma postura radicalmente contrária à eutanásia, admitem a relevância desse tipo de discussão. É o caso do padre Léo Pessini, membro da Ordem de São Camilo – o santo italiano que, no século XVI, cui-

Um terço dos americanos leva a família à falência no processo de morrer

tra a legalização da eutanásia e 49,6%, a favor. No Canadá, 76% da opinião pública é a favor. Na Austrália, 81%. Nos Estados Unidos, 57%.

Mais números relevantes: de acordo com uma grande pesquisa realizada em 1997 por várias

universidades americanas em hospitais daquele país, 40% das pessoas morrem sentindo dores insuportáveis; 60% enfrentam fadiga extrema; e 63% passam por grande sofrimento físico e psíquico ao deixar a vida. Não há razões para crer que a situação seja diferente no Brasil, onde, pelo menos nas grandes cidades, se pratica o mesmo tipo de medicina e as causas de morte são semelhantes. Ou seja: a morte

tem sido, na maioria dos casos, uma experiência dramática e dolorosa. Daí a importância de discutir a eutanásia: será que você tem o direito de morrer de outro jeito?

Um dos motivos pelos quais não se fala muito a respeito, especialmente no ambiente médico, apesar de o tema interessar a todo mundo, é o dinheiro. Queiramos ou não, morrer custa caro. Definir num hospital, sai, em média, 2.000 reais ao dia – seis vezes mais se for numa UTI. (Nos Estados Unidos, 75% das mortes ocorrem em hospitais e um em cada três pacientes terminais passam pelo menos 10 dias em UTIs.) Nos seus últimos seis meses, segundo Daniel Deheinzelin, diretor clínico do Hospital do Câncer, em São Paulo, o paciente torra, em média, com médicos, remédios e hospitais, mais do que gastou com saúde em toda a sua vida. Nos Estados Unidos, segundo pesquisa recente da *Time/CNN*, nada menos do que um

terço das pessoas leva a família à falência ao morrer.

O fato, inegável, é que os recursos para a saúde são finitos e temos que decidir como gastá-los da melhor maneira possível", diz Daniel. "Ignorar essa discussão é hipocrisia." Ele se refere àqueles casos em que se sabe que o tratamento não vai resolver nada e em que ele é levado adiante mesmo assim. "Às vezes, isso é feito para o médico poder dizer à família que tentou de tudo. Às vezes, é para cobrar mais", diz Daniel. "Antes de discutir a legalização da eutanásia, temos que ter a coragem de estabelecer critérios claros para interromper tratamentos que não estão funcionando ou para não começar novos."

Na Inglaterra, essa discussão está pegando fogo. O governo acaba de resolver que não pagará mais hemodialis

Na Inglaterra, essa discussão está pegando fogo. O governo acaba de resolver que não pagará mais hemodialis para pessoas acima de 65 anos. Os britânicos sabem que, com isso, muita gente vai morrer. Mas decidiram que o dinheiro, um recurso sempre limitado, seria mais útil se investido, por exemplo, numa campanha antitabaco, que tende a salvar um número bem maior de vidas. "Não estou dizendo que os ingleses estejam certos", diz Daniel. "Mas não adianta fugir da discussão, como se houvesse leitos, médicos e equipamento para todo mundo."

Essa discussão, no Brasil, ainda é entendida como sacrilégio. A maioria dos médicos continua tentando até o final prolongar a vida do paciente, mesmo que isso signifique mais sofrimento. "Encher a pessoa de tubos e martimizá-la com tentativas heróicas de reanimação quando não adianta mais nada serve mais à consciência do médico do que ao paciente. É egoísmo", afirma a médica Beatriz de Camargo, especialista em câncer infantil e ardorosa defensora do que chama de "morte digna". Beatriz se depara frequentemente com um dilema quando trata crianças: uma infecção que surge quando a doença já está na fase terminal. "Nesse caso, normalmente não tentamos curá-la. Tratamos apenas de dar conforto. Mas a decisão é do paciente e da família. Quando eles querem, temos que esgotar todos os recursos."

Mesmo alguns representantes da Igreja Católica, que tem uma postura radicalmente contrária à eutanásia, admitem a relevância desse tipo de discussão. É o caso do padre Léo Pessini, membro da Ordem de São Camilo – o santo italiano que, no século XVI, cui-

diva dos doentes terminais e cujos seguidores são conhecidos como "os pais da boa morte" ("boa morte", aliás, é o significado em português da palavra grega "eutanásia"). "O tema é interessante porque traz à tona a questão da humanização da morte", diz Pessini, especialista em bioética (campo da filosofia que reflete sobre questões biológicas). Pessini, que conviveu de perto, por 12 anos, com doentes terminais — era capelão do Hospital das Clínicas, em São Paulo —, refere-se também à tendência crescente da vida moderna, refletida na medicina tradicional, de virar as costas para a dor e a agonia. "Temos que aceitar que a vida tem um fim. Não existe cura para a morte", diz. Por mais incrível que sejam os avanços da medicina, por mais futuristas que sejam as luzinhas e os bíp-bips das UTIs, a morte, como reza o ditado, chega para todos.

A questão complica quando se começa a discutir quem é que decide como e quando a morte deve acontecer. Para a Igreja, não há dúvidas: Deus nos deu a vida e só cabe a Ele tirá-la.

Não são só os cristãos, maioria no Brasil, que pensam assim — quase todas as grandes religiões acreditam na sacralidade da vida (veja quadro na página 50). Mesmo sem levar Deus em conta, no entanto, há

Um século de luto

De Hitler ao "Doutor Morte", foram 100 anos de polêmica sobre eutanásia

1906

Uma proposta para a regularização da eutanásia é rejeitada no Estado americano de Ohio, dando início à polêmica sobre o assunto

1920

O americano Frank Roberts envenena sua mulher com arsênico, a pedido dela, que sofria de esclerose múltipla. É condenado à prisão perpétua e morre na cadeia

1934

O Uruguai torna-se o primeiro país do mundo a abrir a possibilidade para a eutanásia no Código Penal, quando libera da ameaça de prisão o autor de "homicídio piedoso"

1940

O plano alemão de eutanásia não-voluntária se estende para adultos deficientes e depois para negros, judeus, ciganos e homossexuais. Hoje, muitos condenam a eutanásia por medo de um novo holocausto



1969

Jack Kevorkian, o "Doutor Morte", estréia sua "máquina do suicídio" na dona-de-casa Janet Adkins, de 54 anos, que sofria de Alzheimer



1996

Um projeto de lei legalizando a morte piedosa é proposto no Senado brasileiro. Jamais foi colocado em votação



1997

O Estado de Oregon torna-se o primeiro nos Estados Unidos a aceitar o suicídio assistido. Anos depois, o governo passa a pagar as famílias que optassem por abreviar a vida, como compensação pela economia que elas davam ao sistema de saúde

2000

A Câmara Baixa do Parlamento holandês aprova uma lei que legaliza a eutanásia e o suicídio assistido. Agora falta passar pela Câmara Alta, que vota o assunto em abril ou maio de 2001

outros argumentos usados frequentemente para negar ao indivíduo o controle sobre essa decisão fundamental. "A vida não é um bem próprio, pessoal. Trata-se de um bem comunitário que pertence à sociedade", afirma o jurista Celso Fereschi, professor de direitos humanos da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Para ele, a eutanásia não viola apenas a lei divina – é uma afronta também à lei humana. "O que se chama de morte piadosa vai contra a declaração dos direitos humanos da ONU", diz. A

vam Borges, do PMDB do Amapá, autor do único projeto de lei sobre o assunto tramitando no Congresso – um texto de 1996 nunca colocado em votação. Ele propõe que a eutanásia seja permitida desde que uma junta de cinco médicos ateste a inutilidade do sofrimento físico ou psíquico do doente. O próprio paciente teria que requisitar a eutanásia. Se não estiver consciente, a decisão caberia a seus parentes próximos. Nem o senador tem esperanças de que o projeto vingue. "Essa lei não tem nenhuma chance de ser aprovada", diz Glivam.

Segundo o deputado federal Marcos

os ativistas "pró-vida", seria um passo.

O personagem mais famoso dessa guerra de opiniões é Jack Kevorkian, o "Doutor Morte". Médico idealista para uns, psicopata para outros, Kevorkian conduziu a morte assistida de 130 pessoas e hoje cumpre pena de prisão perpétua no Estado de Michigan, Estados Unidos (veja quadro à direita). Um outro soldado da causa "pró-escolha" é Bry Benjamin, 76 anos, um clínico de Nova York especializado em saúde pública. No começo dos anos 70, quando a discussão sobre eutanásia era tão velada nos Estados Unidos quanto é hoje no Brasil, um casal de idosos o teria procurado. Os dois estavam com câncer e alegavam sofrer muito. Queriam que o médico os ajudasse a morrer. Benjamin

declaração estabelece o direito fundamental à vida. Esse tipo de direito é inalienável, ou seja, não se pode abrir mão dele. Como os direitos humanos são cláusula pétrea de nossa Constituição, não podem ser modificados nem se todos os deputados votarem a favor – só uma nova Assembleia

Rolim, presidente da Comissão de Direitos Humanos da Câmara, "ninguém quer discutir a eutanásia porque isso traz prejuízos eleitorais". Rolim, que é do PT gaúcho, diz que, nos dois anos em que presidiu a comissão, jamais viu o assunto ser abordado.

A situação é bem diferente nos Estados Unidos. Lá, como aqui, a eutanásia é proibida. O suicídio assistido também é ilegal em 49 dos 50 estados –

conta que sofreu para tomar a decisão, mas acabou concordando. (Para sorte dele, nenhum promotor se animou a processá-lo.)

De lá para cá, o médico decidiu parar de desafiar a Justiça, mas continuou orientando os que desejam morrer. "Não há nenhuma lei que me proíba de conversar sobre a morte", diz. "Conversar", no caso, significa receber pacientes terminais e ensiná-los a realizar o suicídio. "Eu não convengo ninguém a morrer. Mas digo quais remédios eles devem tomar e onde eles podem encontrar as pílulas", diz Benjamin. Esse tipo de assistência, segundo ele, evita que o doente desesperado tenha que apelar para formas de suicídio mais dolorosas ou degradantes.

Um dos casos que Benjamin acompanhou foi o de uma mulher de 38 anos que enfrentava longas e desconfortáveis sessões de hemodiálise havia quase duas décadas. Um dia, segundo ele, ela o procurou e disse que não agüentava mais: queria parar. Benjamin teria respondido que não poderia dizer a ela o que fazer, mas que, se ela não fosse mais à hemodiálise, ele a ajudaria a não

3,5% dos holandeses morrem de eutanásia ou suicídio assistido

Constituinte teria poder para abolir. "A legalização da eutanásia seria inconstitucional", afirma Celso.

"Essa interpretação da Constituição é hipócrita. Na prática, não há vida quando não há perspectiva de vida com qualidade", afirma o senador Gil-

apenas o Oregon permite que os médicos forneçam os comprimidos letais. Mas ninguém faz silêncio – o tema mobiliza dezenas de associações "pró-vida" (contra o suicídio assistido e a eutanásia) e "pró-escolha" (a favor). Esses últimos clamam pela liberdade do indivíduo em decidir seu destino. Aqueles alertam para um risco: legalizar a eutanásia abriria um precedente que acabaria justificando, mais adiante, a eutanásia não-consentida. Daí para a execução sumária de deficientes e um novo holocausto, defendem

Louco ou idealista?

O "Doutor Morte" passou dez anos desafiando a justiça

Jack Kevorkian ganhou o apelido de "Doutor Morte" quando ainda fazia residência em patologia na Faculdade de Medicina, em Michigan, Estados Unidos. Já naquele tempo, sua fixação por assuntos mórbidos assustava os colegas: ele passava horas fotografando as retinas de moribundos, na tentativa de descobrir o momento exato em que a morte se torna irreversível. Era um aluno brilhante, mas com idéias bem heterodoxas. Propôs que os corpos de condenados à morte fossem usados em experiências médicas e fez testes com transfusões de sangue de mortos para vivos. Kevorkian também é pintor e mostra na sua obra o mesmo gosto por temas sombrios e horripilantes. Em alguns quadros, usou o próprio sangue como tinta.

Todas essas esquisitices atrapalharam sua carreira. Nos anos 80, não havia nenhum hospital que o quisesse como funcionário. O "Doutor Morte", então, mandou imprimir cartões de visita que o identificavam como obiatra (especialista em morte). Em 1989, anunciou para a imprensa a invenção de sua máquina do suicídio, uma estru-

tura de alumínio motorizada que, quando acionada pelo próprio paciente, injetava um tranquilizante que o punha para dormir. Depois de 1 minuto, aplicava um veneno no sangue e a morte vinha em outros 6 minutos.

Em dez anos, 130 americanos morreram por meio dessa máquina. A imprensa foi inundada de acusações de abuso — aparentemente Kevorkian matou muitas pessoas que poderiam ter sido tratadas de depressão e uma vez não interrompeu o suicídio de uma paciente que desistira de morrer. Muitas associações "pró-escolha" condenaram seu trabalho, por considerá-lo radical demais e antipático para a causa. Mesmo assim, ele foi absolvido de inúmeros julgamentos. Depois de anos ajudando pacientes desesperados a acabar com suas vidas, o "Doutor Morte" foi finalmente condenado em 1999. A juíza Jessica Cooper, ao proferir a sentença, disse: "O senhor teve a audácia de ir à televisão desafiar o sistema judiciário a pará-lo. Bom, considere-se parado". Kevorkian cumpre pena de prisão perpétua numa penitenciária em Michigan, mas está recorrendo da sentença.



Kevorkian, um radical



tor. Assim como no Brasil, nos Estados Unidos o paciente tem o direito de recusar um tratamento, ainda que isso implique na sua morte. A paciente parou com as sessões e morreu em casa, assistida pelo médico e, segundo ele, sem dor.

Outro militante "pró-escolha" é o escritor inglês Derek Humphry, um sujeito bem mais controverso que Benjamin, embora não tanto quanto Kevorkian. Em 1975, quando Humphry trabalhava como repórter em um jornal de Londres, sua esposa Jean, depois de lutar por anos contra um doloroso

câncer de mama, decidiu se render. Pediu ao marido que a ajudasse a morrer. Ele procurou um médico que entrevistara anos antes para uma reportagem e pediu que ele conseguisse a "pílula negra" (expressão usada para qualquer remédio que causasse a morte). Depois, deixou que Jean tomasse o veneno. Só houve tempo para que ela murmurasse "adeus, meu amor" antes de adormecer. Seu coração parou em 50 minutos.

Três anos depois, Humphry escreveu o livro *Jean's Way*, contando essa

história. "Desde então, tenho lutado para que todos tenham o direito de morrer com dignidade", diz. Em 1991, ele lançou outro best-seller: *Final Exit*, que saiu em 1994 no Brasil como *Solução Final*. Nessa obra polêmica, o jornalista vai além de defender a eutanásia — ensina como se matar, dá as doses certas de cada medicamento e sugere que o doente use um saco plástico na cabeça, para que a asfixia diminua as

chances de um suicídio malsucedido.

Gente como Humphry, Benjamin e Kevorkian atraem a ira dos militantes antieutanásia. Nos Estados Unidos, a polémica é levada muitas vezes em clima de guerra. O panorama não é muito diferente na Bélgica, que se prepara para votar uma lei semelhante à que

algum momento, com a medicina cada vez mais capaz de prolongar a vida e cada vez mais pessoas chegando à velhice, todos os países do mundo, inclusive o Brasil, terão que abordar o tema abertamente", diz.

O médico Marco Segre, presidente da Sociedade Brasileira de Bioética, concorda com Van der Wal. "Essa é uma das discussões mais importantes para o futuro da medicina", diz. "O que está em jogo é o respeito à indi-

vidualidade e a solidariedade com a dor. Não podemos mais ignorar o debate." Segre defende a autonomia do paciente e se coloca favorável à eutanásia, desde que ela seja decidida pelo próprio doente. "Mas entendo que os médicos que lutam todos os dias contra a morte tenham dificuldade em se imaginar tirando a vida de alguém", diz.

É o caso do neurocirurgião José Oswaldo de Oliveira Júnior, do Hospital do Câncer, em São Paulo. "É mais fácil para um teórico falar com naturalidade de eutanásia", diz. "É como um general falando da guerra. Para nós, soldados, que sujamos as botas na lama todo dia é muito difícil pensar nisso. Às vezes um familiar me diz que não sabe se reza para o doente viver ou morrer. Eu digo: Acenda duas velas. Reze para que aconteça o melhor para ele. Não dá para decidir."

José Oswaldo trabalha numa área que era até há pouco tempo praticamente ignorada pela medicina e que hoje está adquirindo uma importância

enorme dentro dos hospitais: o combate à dor. "Hoje conseguimos controlar a dor em 96% dos pacientes, usando drogas novas e outras antigas que, no passado, eram vistas com preconceito, como a morfina. Nosso trabalho não é dar mais dias à vida – é dar mais vida aos dias." É compreensível que um profissional como ele, que se dedica a proporcionar algum conforto aos desesperançados, não consiga encarar com tranquilidade a morte como alívio. "Morrer não é uma opção terapêutica. Quando o paciente diz 'me mata', ele quer socorro, não quer morrer."

A nova ênfase da medicina no controle da dor é um dos melhores argumentos "pró-vida". Mas os defensores do direito à escolha não se dão por satisfeitos. "É maravilhoso que hoje se consiga controlar a dor de quase todos os pacientes", diz o escritor Derek Humphry. "Mas, mesmo assim, sobram 4% que vão sofrer. Esses têm direito a uma escolha."

Outro avanço da medicina que tem sido usado para combater a eutanásia é a melhor compreensão do cérebro. "Pessoas que querem morrer geralmente estão deprimidas", afirma a psiquiatra Maria Teresa da Cruz Lourenço, também do Hospital do Câncer. "A depressão é uma doença que pode ser tratada com remédios cada vez mais eficientes." Assim como José Oswaldo, Maria Teresa está na linha de frente da batalha contra o sofrimento – só que o psíquico. "Jamais tive um paciente que quisesse morrer de forma tão firme que sua convicção resistisse a uma longa conversa ou a remédios apropriados", diz.

Mas, por mais que se trate a dor e a depressão, é inevitável que haja pa-

Militantes temem que a eutanásia legalizada leve ao holocausto

está para ser aprovada na Holanda, ou na Suíça, que aceita o suicídio assistido. Na Austrália, o debate também é quente. Em 1995, uma das regiões do país, o Northern Territory, chegou a legalizar a eutanásia, mas só houve tempo para que duas pessoas morressem dessa forma. Em 1997, em meio a muitos protestos, o Senado australiano cancelou a lei. Na América Latina, há um único país onde o debate está na mídia: a Colômbia. A Constituição dos nossos vizinhos amazônicos aceita a eutanásia, mas a lei ainda não está em prática porque não foi regulamentada. Enquanto isso, nenhum médico colombiano pode ser processado por praticar a "morte piedosa". Lá, a julgar por uma pesquisa recente realizada na internet, 54% da população é favorável à eutanásia.

"Eutanásia se faz em toda parte. Nós, na Holanda, somos apenas os únicos a reconhecer e regulamentar", afirma o professor Van der Wal, da Universidade Livre de Amsterdã. "Em



© 1 Foto: Marko Smith com permissão de Roberto Aranda e Massapeh Milani Foto

“Eu gosto da vida”

Pintor americano explica por que quer decidir a hora de sua morte

O pintor Chip Nichols tem 56 anos e está morrendo. Quando falou com a reportagem da Super por telefone, ofegava e tossia o tempo todo. Ele filiou-se a uma entidade que luta pelo direito à morte e, graças a ela, conseguiu um remédio letal que pode tomar a qualquer hora. Talvez o frasquinho jamais saia de seu armário, na casa onde mora num subúrbio de Nova York. Talvez um dia ele decida que já sofreu demais e dê um fim à doença. Chip escreveu este depoimento para a Super:

“Eu gosto da vida. Sempre gostei, mesmo nos momentos difíceis. Em abril de 1999, foi diagnosticado em mim um adenocarcinoma – um tipo de câncer de pulmão. Havia várias pequenas manchas, indicando metástase. Depois de dois anos, um pouco de radiação e 15 meses de quimioterapia, minha situação piorou, mas lentamente. Meu sintoma mais óbvio é a falta de ar ao subir escadas.

Quando recebi o diagnóstico, minha esposa, meus filhos, meus parentes e eu ficamos apavorados. Uma das coisas mais terríveis que eu poderia imaginar tinha acontecido. Naquela semana, fiz duas coisas: entrei para o Gilda's Club, um grupo de apoio para o câncer, e ingressei na Hemlock Society, uma sociedade de assistência ao suicídio fundada por Derek Humphry. Eu sabia que o grupo de apoio seria bom para mim: manteria minha parte doente

em contato com o mundo e me daria a chance de ajudar outros. Ao mesmo tempo, quero ter a coragem de terminar minha vida quando o sofrimento para mim mesmo e para os outros parecer sem sentido.

Toda minha vida ouvi histórias de mortes traumáticas além da que o luto exigia. Traumáticas não só para a vítima mas também para os que ficaram. Ninguém quer isso. Eu não sei o que o futuro vai me trazer. Não sei como vou morrer, não sei qual será minha percepção final do mundo ou a que conclusões chegarei, se é que chegarei a alguma. Só sei que tenho uma doença imprevisível e terminal. Encontrei um conforto enorme ao saber que tenho o poder de decidir quando não quiser mais sofrer. Ainda me foi dada e, com ela, a habilidade de fazer escolhas. Isso me parece uma parte natural do tecido da vida, da qual a morte é uma parte. Não vejo nenhuma virtude em deixar uma doença má ditar o meu fim. Talvez, ao escolher a morte, eu preserve a vida no que ela tem de mais bonito.

Sou grato a todos que sofreram e morreram antes e, no processo, lutaram pelo direito de morrer. Eles fizeram com que eu gostasse ainda mais da vida.”



Chip tem câncer no pulmão

cientes que continuam vendo o tempo de vida que lhes resta como uma experiência horrível e que desejem abreviá-lo. Ou seja, a questão de fundo persiste: independente do que a medicina possa oferecer, eles têm o direito de escolher o jeito e o momento de morrer? Indo mais longe: pacientes que não são terminais também podem recusar a vida que lhes é oferecida? Veja o caso do inglês James

Haig, relatado no livro *Solução Final*. Até os 24 anos, quando um acidente de moto o deixou paralisado do pescoço para baixo, ele era um atleta. James sabia que muitos tetraplégicos e quadriplégicos conseguem vencer a paralisia e encontrar razões para viver. Mas ele não está interessado: simplesmente decidiu morrer.

Isso sem falar na tortura psicológica. “Não há nada pior do que a sensação de morte iminente. O doente sabe que vai morrer e isso não é fácil”, diz o oncologista paulista Riad Younes. Ele é especialista no mais terrível dos cânceres, o de pulmão, que lhe rouba 85% dos pacientes. Já viu muita gente morrer. E conta que a maioria dos doentes terminais passa as noites em claro, não por causa da dor, mas pelo pavor de algo acontecer quando

não houver ninguém por perto para socorrê-lo. Essa tensão, segundo Riad, é muitas vezes insuportável.

O câncer de pulmão é um assassino rápido – mata em meses. O que dizer de enfermidades lentas e ainda mais implacáveis, como o Mal de Alzheimer, que destrói progressivamente o cérebro? Essa doença leva, em média, oito anos para matar. E é cruel. Nos últimos três ou quatro anos, o paciente perde a consciência e define até que alguma infecção impeça a respiração. A questão: depois dessa fase, há alguma vantagem em manter o paciente vivo? “Não”, diz o neurologista Paulo Caramelli, do Hospital das Clínicas, em São Paulo. “Se encontrarem a cura, vai levar cinco anos para que comecemos a salvar vidas. E, mesmo assim, só nos casos novos. Não vamos salvar quem já está em estágio avançado.” Seria melhor se eles morressem então? “Não posso parar para pensar nisso. Não cabe a mim decidir.”

Há doenças degenerativas que tornam o cenário ainda mais assustador.



O que Deus quiser

Veja a posição das principais religiões sobre morte piedosa

Cristianismo

Em 1980, o Vaticano divulgou uma Declaração Sobre a Eutanásia, na qual reitera que "nada nem ninguém pode de qualquer forma permitir que um ser humano inocente seja morto, seja ele um feto ou um embrião, uma criança ou um adulto, um velho ou alguém sofrendo de uma doença incurável, ou uma pessoa que está morrendo." Alguns cristãos defendem o sofrimento na hora da morte como uma oportunidade para que os cristãos se identifiquem com a agonia de Jesus.

Judaísmo

O Velho Testamento fala na sacralidade da vida humana. A posição da maioria dos religiosos é a de que a eutanásia e o suicídio assistido são uma ofensa a Deus. Alguns líderes judeus, entretanto, acreditam que manter uma vida por aparelhos pode impedir que a alma entre no paraíso.

Islamismo

O Alcorão diz: "Não tire a vida que Alá fez sagrada a não ser no exercício da justiça". Os muçulmanos vêem a morte piedosa como um crime e um pecado.

Hinduismo

Os hindus têm a obrigação de respeitar os velhos e de cuidar deles até a morte. Não se cogita tirar a vida de um moribundo.

Budismo

É a única das grandes religiões a aceitar a morte piedosa, quando o sofrimento de se manter vivo é pior que a morte. A decisão deve ser tomada caso a caso.

como a paralisia supra-nuclear progressiva, que vai lentamente tirando da vítima o controle de seus movimentos. No final, deixa o doente na cama, com todos os músculos rígidos, incapaz de se comunicar ou mexer os membros, só que – suprema maldade – perfeitamente consciente. O neurologista Carlos Eduardo Altieri, do Hospital Sirio-Libanês, em São Paulo, tem uma paciente com esse mal. "O máximo de interação que ela consegue é piscar os olhos. Às vezes esboça um sorriso. Se há momentos em que ela preferiria estar morta? Honestamente, creio que sim", diz.

Carlos Eduardo reconhece que às vezes torce para que o sofrimento da paciente termine logo. "Ela já teve infecções graves que não tratamos porque não queríamos prolongar sua agonia além do necessário. Mas ela sempre escapa. Acho que não cabe a mim decidir pela sua morte – não tenho esse direito. E não cabe a ela também, porque não acho que ela tenha condições psicológicas", diz. "E se na semana que vem encontrarem a cura? O que vou dizer para a família?"

A medicina avança por caminhos imprevisíveis. Às vezes, a cura para um mal tido como invencível está onde ninguém tinha procurado, ainda mais agora que estamos entrando na era da manipulação genética. "A mera possibilidade de que possa surgir uma chance para a cura de um paciente depois de autorizada a eutanásia me apavora", diz Carlos Eduardo. "O médico se sentiria um assassino pelo resto da vida." O neurologista diz que acha muito perigoso que a eutanásia seja vista com naturalidade, como se fosse um recurso médico corriqueiro. "Um dia alguém deve ter pensado em eutanásia contra tuberculose ou contra sífilis. Se isso se transformasse em realidade, será que haveria pressão social para que a medicina encontrasse a cura para esses males?", diz.

Outro risco apontado pela argumentação "pró-vida" é o de que a eutanásia mascare nossa própria difi-

culdade em encarar a morte de frente. "Talvez seja uma ilusão: queremos apenas nos convencer de que temos controle sobre a vida", diz a psicóloga Maria Helena Bromberg, a primeira no Brasil a se especializar na difícil tarefa de preparar pacientes terminais e seus familiares para a morte. Mas Maria Helena acha que, no geral, as mudanças na Holanda e os reflexos, que inevitavelmente chegarão aqui, são positivos. "Precisamos pensar mais nesse assunto. Temos que nos preparar para morrer – dizer aos nossos familiares de que forma queremos ser tratados, que procedimentos médicos queremos e quais não queremos, para quem deixarmos as coisas de que gostamos. Isso tudo enquanto estamos bem e com saúde." Para Maria Helena, só se poderá legalizar a eutanásia no Brasil depois que perdermos o medo de falar a respeito. "Não é uma decisão que se tome na última hora, com dor e medo. O problema tem que entrar na vida das pessoas antes de entrar na lei", diz.

Enquanto isso não acontece – e é provável que ainda leve muitos anos para que aconteça – será difícil para qualquer um de nós decidir com tranquilidade de que lado estamos. Ou do lado que defende que o direito do indivíduo de decidir sobre a sua vida – até mesmo para acabar com ela – é sagrado. Ou do lado que acredita que sagrada mesmo é a própria vida, muito além do foro de decisão que um indivíduo possa ter. Seja como for, é preciso romper com o silêncio e começar a debater francamente a respeito, trocando o tabu pela opinião informada. 

PARA SABER MAIS

Na Lethargia: Solução Final
Berek Humphrey, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1994.
Problemas Atuais de Bioética
Léo Passerim e Christian de Pasco de Barros Fontaine,
Edições Loyola, São Paulo, 2000.
Euthanasia and Physician-Assisted Suicide – For and Against
Gerald Dworkin, R. G. Frey e Sissela Bok,
Cambridge University Press, Estados Unidos, 1998.
Negotiating a Good Death – Euthanasia in the Netherlands
Robert Pool, The Harvorth Press, Estados Unidos, 2000.

NA INTERNET:
www.religionandethics.org
www.benlock.org
www.finalexit.org
www.nure.nl

ANEXO C

ANO 15 • Nº 2 • FEVEREIRO 2001 • R\$ 5,50

SUPER

INTERESSANTE

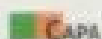
QUEM LÊ É.

CANALHAS!
Os melhores amigos do homem? Cuidado. Os cachorros podem estar entre os seres mais sem caráter do planeta.

VACINAS
A CURA OU A DOENÇA?
A vacinação, ferramenta básica de saúde pública, enfrenta no mundo inteiro uma onda crescente de críticas e desconfianças. A questão: será que as vacinas fazem mais mal do que bem?

TESTOSTERONA
Como o hormônio da libido e da agressividade comanda nossas vidas

SONO
Por que dormir bem é a melhor garantia de uma vida mais longa e saudável



Vacinas fazem **bem** ou **mal?**

Efeitos colaterais graves e anomalias causadas no sistema imunológico põem as vacinas na berlinda e levantam uma questão crucial: até que ponto elas são benéficas?

Por JOSEPH MORAN
josephmoran.com.br





Há 204 anos, o inglês Edward Jenner descobriu a primeira vacina. Conseguiu, para surpresa geral, imunizar um garto de 8 anos contra varíola inoculando-lhe soro de varíola bovina. Dois séculos depois, a pergunta que dá título a esta matéria caiu como uma bomba sobre a mais difundida das ferramentas de saúde pública: a vacinação que se propõe imunizar o corpo humano contra doenças infecciosas já a partir dos primeiros dias de vida. Não é de hoje que há debates acalorados sobre vacinas no meio científico. Mas a questão ressurgiu com mais força há três anos, nos Estados Unidos e na Europa. Desde então, a dúvida vem se espalhando entre pais e profissionais da área médica ao redor do mundo. A crítica às vacinas apóia-se em pelo menos três pontos polêmicos.

Nos últimos tempos parece ter aumentado – ou pelo menos se tornado mais visível – a ocorrência de efeitos adversos de certas vacinas, como a triplice contra difteria, coqueluche e tétano. Os efeitos variam da simples irritabilidade ao desenvolvimento da doença que se pretendia evitar. Há registro de casos extremos em que a vacinação resultou em morte.

Enquanto as chamadas doenças da infância, como o sarampo e a rubéola, declinam, aparentemente como consequência das campanhas de vacinação, observa-se um súbito aumento de males crônicos como o diabetes, a artrite, a asma e outros tipos de alergias. Para os antivacinistas, estudos recentes, realiza-

dos em vários países, não deixam dúvidas sobre a relação causal entre a sobrecarga de vacinas recebida pelas crianças e as doenças autoimunes – males provocados por respostas anormais do sistema imunológico contra o próprio organismo.

Apesar do salto tecnológico que sinaliza a utilização, em futuro próximo, de sofisticadas vacinas de DNA (veja gráfico na página 45), que se diferenciam das outras por ter ação mais forte e prolongada (em ratos, atuam por toda a vida), os cientistas passaram a admitir recentemente que pouco sabem sobre a ação das vacinas no corpo humano. O diretor do Instituto Pasteur de Paris, Philippe Kourilsky, guardião das teorias do químico francês Louis Pasteur, pai da microbiologia, reconhece essa relativa ignorância da medicina. Em maio do ano passado, ao confessar seu espanto com a escassez de informações científicas básicas nesse campo, ele afirmou: "Cada vez que uma vacina se mostra eficaz, os cientistas simplesmente a entregam

nas aplicações antes da idade escolar. Outros 19% dos americanos põem em dúvida a própria eficácia das vacinas na prevenção de doenças.

O governo dos Estados Unidos, que, desde 1986, é legalmente obrigado a indenizar possíveis vítimas das imunizações, também está atento. Seu site de Relatos sobre Efeitos Adversos das Vacinas recebeu 108 000 queixas entre janeiro e outubro do ano passado, todas encaminhadas para averiguação técnica. A maioria dos relatos diz respeito a desconfortos leves, como febre e indisposição passageiras, que os cientistas costumam desconsiderar. Mesmo assim, as referências a complicações colaterais graves – inclusive mortes – em 14% das denúncias levou o Serviço de Saúde dos Estados Unidos a redobrar a vigilância sobre os fabricantes de vacinas e a interferir nas normas de produção.

Foi proibida, por exemplo, a utilização do conservante timerosal, substância à base de mercúrio, usado na maioria das vacinas que, segundo os antivacinistas, é responsável por vários dos efeitos adversos em vacinados. (No Brasil, a maioria dos fabricantes vêm eliminando, gradualmente, o timerosal das fórmulas das vacinas.) Por solicitação da Academia Americana de Pediatria, foi suspenso o uso da vaci-

na Sabin, fabricada com vírus vivos da poliomielite, que, segundo dados oficiais, vinha apresentando a média anual de oito casos de contágio vacinal. Isto é, a cada ano cerca de oito crianças contraíam paralisia provocada justamente pelo vírus atenuado da pólio usado na Sabin. Agora os americanos utilizam apenas a vacina Salk, anterior à Sabin e preparada com vírus mortos, tida como menos eficaz pelos cientistas. (A vacina Sabin era utilizada nos Estados Unidos desde 1962. No Brasil, onde foi adotada na década de 60, ela ainda é empregada.)

Outros países também apertaram o cerco às vacinas nos últimos anos, baixando medidas preventivas. A ▶

O Brasil utiliza vacinas e substâncias proibidas nos Estados Unidos

para o pessoal da saúde pública e vão estudar outra coisa".

Num país onde a quase totalidade das doenças infecciosas foi controlada, como é o caso dos Estados Unidos, o questionamento das vacinas começa a ser traduzido em números que expressam a repercussão social do problema. Um quarto das famílias americanas, segundo pesquisa do Centro Nacional de Informações sobre Vacinas, uma organização não-governamental baseada em Vienna, no Estado da Virgínia, já se pergunta se o sistema de defesa das crianças não fica enfraquecido por conta de tantas vacinações. Afinal, são quase dez doses apenas nos primeiros seis meses de vida e 22 tipos de vaci-

➤ Suécia substituiu a vacina tríplice DPT contra difteria, coqueluche e tétano (outra que continua sendo utilizada no Brasil), por uma variedade que exclui o componente *pertussis* (coqueluche em inglês), o P da sigla. É que esse componente costuma ser associado à maioria dos casos fatais e das lesões permanentes em crianças atribuídos às vacinas.

No Japão, as autoridades de saúde entraram em alerta depois que pesquisadores do Instituto Nacional de Doenças Infecciosas daquele país encontraram em rios e esgotos, no ano passado, exemplares de vírus selvagens da pólio cujo exame genético comprovou serem mutantes de vírus atenuados usados na vacina Sabin. Segundo o virologista Hiromu Yoshida, chefe da equipe de pesquisadores que investiga o caso, o achado não representa uma ameaça à saúde pública dos japoneses, mas confirma uma suspeita antiga: a de que o vírus atenuado da pólio sofre mutação no organismo do vacinado, recobrando a virulência original. Esse é, a propósito, um dos cavalos de batalha dos antivacinistas.

O que dá para depreender disso? Pelo menos uma coisa: em se tratando de vacinas, um dos pilares dos programas de saúde pública em quase todos os países, será necessário mais tempo até que todas as dúvidas sejam esclarecidas e as opiniões hoje antagônicas e exaltadas converjam para um novo entendimento. Não há resposta fácil. Mas o ponto é que há dúvidas e des-

confiança onde antes parecia só haver certeza e tranquilidade. E o debate está apenas começando. Inclusive no Brasil, país onde, nos últimos 14 meses, três mortes foram associadas ao uso de vacinas (veja quadro na página 44).

As ressalvas às imunizações são tema tabu na maioria dos círculos médicos. De um lado, não são raros os casos de pediatras que, de forma quase clandestina, aconselham pais a moderar a vacinação dos filhos ou a simplesmente evitá-la. De outro, as divergências com o pensamento médico hegemônico que manda vacinar a qualquer custo acontece sempre de forma discreta e subterrânea. O receio dos profissionais tem um pilar na rejeição que podem sofrer entre os seus pares, seja no ambiente médico seja no meio acadêmico. E outro na possibilidade de que criticar abertamente as vacinas possa, de alguma forma, conduzir a um problema maior de saúde pública. Em outubro passado, finalmente, a discussão veio à tona com um artigo do biogenista Fernando Travi, publicado na seção "Superpolêmica", da SUPER. O artigo foi um dos mais comentados do ano pelos leitores, vários deles profissionais da área de saúde e pacientes com casos pessoais a relatar sobre o uso de vacinas.

"As vacinas são a mais eficiente intervenção médica que a humanidade já produziu", afirma Aguinaldo Roberto Pinto, doutor em microbiologia e pesquisador do Instituto Adolpho Lutz, de São Paulo. "Desconhecer os

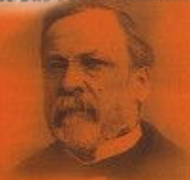
seus benefícios é uma estupidez sem limites", diz Cláudio Pannuti, especialista do Instituto de Medicina Tropical da Universidade de São Paulo. Aguinaldo e Cláudio admitem que não existem vacinas 100% seguras. Mas acham que usar os efeitos adversos dos preventivos para clamar contra as campanhas de vacinação fere o bom senso. Primeiro, argumenta Cláudio, porque tais efeitos seriam tão raros que se tornariam insignificantes diante do benefício proporcionado pelas vacinas. Isso equivaleria a dizer que as três mortes associadas às vacinas no Brasil, não justificariam acabar com a vacinação que evita epidemias que, no passado, dizimavam milhões de pessoas.

O segundo argumento pró-vacina é que o suposto aumento dos danos decorrentes da vacinação não passaria de uma falsa dedução. O que estaria acontecendo é que, com o fim ou o controle de muitas moléstias infecciosas, os casos de contágio vacinal, lesões e outros efeitos colaterais das vacinas – antes diluídos entre multidões de doentes – ganharam naturalmente maior visibilidade, transformando-se num problema de primeira grandeza em sociedades liberadas de ameaças maiores. "Suspender as campanhas de imunização traria muitos prejuízos à população, com o retorno das epidemias do passado", diz Cláudio.

Nos últimos três anos dezenas de livros foram escritos sobre o lado escuro das vacinas – nenhum em portu-

Dois séculos de imunização

Grandes momentos da saga das vacinas, do pus da vaca ao DNA



1796 Edward Jenner injeta a secreção das fistulas de uma vaca com varíola – ou seja, pus – em um menino. Semanas depois inocula a criança com varíola humana e ela não adoecce. Daí o nome vacina, derivado da expressão latina *materia vaccinia* ("substância que vem da vaca")

1885 Louis Pasteur cria a vacina antirrábica, após descobrir que a raiva ataca o sistema nervoso central de mamíferos e é transmitida pela saliva

1911 Começa a imunização contra a febre tifóide, doença mortal causada por bactérias e caracterizada por febre alta, diarreia e alterações cutâneas

1921 Surge a vacina BCG, contra a

tuberculose. Estudo realizado na França, na década passada, sugere que, em crianças, ela é pouco eficaz na prevenção da tuberculose, mas funciona bem contra meningite tuberculosa

1925 A difteria e o tétano ganham suas vacinas. Na época, a difteria matava anualmente milhares de crianças entre 1 e 4 anos de idade, devido à obstrução da laringe e da traquéia

1926 Adotada nos Estados Unidos a vacina contra coqueluche, doença que provoca tosse convulsiva em crianças. Até hoje é o maior alvo da polêmica, por causa de seus fortes efeitos colaterais

guês. E muitos fóruns, realizados principalmente nos países desenvolvidos, ecoaram os argumentos antivacinistas. Em quase todos os casos, os círculos oficiais da ciência, os governos e os técnicos em saúde pública optaram por desconhecer a polêmica, no pressuposto de que o atual modelo de imunização é inquestionável. Que fique claro: nem todos os que fazem restrições às vacinas querem abolir o seu uso. "É possível utilizá-las de modo mais criterioso até que se encontre um jeito melhor de prevenir doenças", afirma o médico Romeu Carrillo Júnior, presidente da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia. O ponto consensual é o de que está na hora de os centros tradicionais de pesquisa se disporem a investigar os problemas relacionados às vacinas e reavaliar as práticas atuais nessa área. E é aí que se encontra um dos nós mais intrincados da discussão.

Desde a experiência pioneira de

Edward Jenner, inspirada numa crença popular do interior da Inglaterra, as vacinas são poções destinadas a estimular o sistema de defesa do homem a desenvolver anticorpos contra determinados vírus ou bactérias, tornando o organismo imune às doenças causadas por esses agentes. Para tanto, utiliza-se o próprio micróbio causador da doença, morto ou atenuado em sua virulência, em composições que foram sendo aperfeiçoadas ao longo dos anos. "Vacinar é adoecer, só que brandamente, sob controle", afirma Cláudio. A questão é que, como admite o pesquisador do Instituto Adolpho Lutz, muitas vacinas apresentam uma zona de penumbra em que os cientistas

"Vacinar é adoecer, só que brandamente, sob controle médico"

não conseguem penetrar: o processo como atuam no interior do corpo.

Nasceram dessa lactina as razões para declarações inasistidas, como a de Philippe Kourilsky, do Instituto Pasteur, que reconheceu que as vacinas são mal-estudadas. E para o quadro patético descrito por Neal Nathanson, diretor do Centro para Pesquisa da Aids, do governo americano, em nota recentemente publicada pela revista inglesa

New Scientist. Segundo Neal, vacinas como as da hepatite B, poliomielite, sarampo e mesmo a veterana varíola são aplicadas em escala mundial sem que os cientistas conheçam até hoje seus mecanismos de ação. Aguilando acrescenta à lista a vacina antioque-luche, um dos alvos preferidos dos antivacinistas pelo número expressivo de efeitos colaterais que apresenta.

Ruth Ruprecht, médica e pesquisadora da Escola de Medicina da Universidade Harvard, nos Estados Unidos, oferece uma explicação de por que isso ainda acontece: "É difícil obter recursos para pesquisar vacinas que já existem". Os habituais financiadores de estudos científicos, entre os quais a grande indústria farmacêutica, costumam alegar que não há razão

para investigar o que já foi descoberto, preferindo apostar em estudos que levem a novos produtos. "Isso é só meia-verdade", afirma Marcos Oliveira, diretor do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos, do Rio de Janeiro, de onde sai a maioria das vacinas em uso no Brasil. "Há esforços para otimizar vacinas existentes, como é o caso da vacina contra meningite, cuja fórmula não funcionava em crianças abaixo de dois anos, e dos estudos atuais para dar mais eficácia à BCG, diante do aumento da resistência do bacilo da tuberculose", diz Marcos. Esse aparente desca-so acirra a crítica de adversários radicais das imunizações, para os quais va-

1935 A vacina contra febre amarela, doença típica de áreas silvestres, é introduzida nos Estados Unidos. Sete anos depois passa a ser usada no Brasil, então um dos grandes focos do mal

1955 Inventada a vacina injetável contra a poliomielite, produzida com vírus inativos. Sua eficácia ficou aquém das expectativas dos cientistas

1960 Após 30 anos de pesquisas, o polonês naturalizado americano Albert Sabin fabrica uma vacina com vírus vivos da pólio, a famosa gotinha que ajudou a erradicar a doença das Américas

1964 A primeira geração de vacinas contra sarampo é produzida. De 1967 a 1970, o preventivo ajudou a erradicar o sarampo em Gâmbia, na África. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), a doença voltou dois anos depois devido à suspensão da vacinação

1970 Surge a vacina contra rubéola, mal que ataca principalmente crianças. Em mulheres grávidas pode provocar malformação do bebê

1981 A vacina contra hepatite B é fabricada com a nova técnica de proteínas recombinantes – genes do vírus são mergulhados em culturas de

células, que passam a produzir antígenos. Inoculados no organismo, eles estimulam a produção de anticorpos

1993 Começam os testes, em ratos, das primeiras vacinas gênicas (ou de DNA), contra Influenza tipo B, malária e Aids. A meta é chegar à vacina polivalente, de dose única e ação permanente, com a transferência de genes de agentes patogênicos para células do homem

1999 Têm início os testes de vacinas de DNA em humanos. No Brasil, o experimento é feito com a vacina contra *Haemophilus influenza* (gripe)

cinas são fórmulas destituídas de fundamento científico. Ao mesmo tempo limita a argumentação antivacínista pela escassez de testes laboratoriais que comprovem as alegadas relações causais entre o uso de vacinas e algumas doenças.

Em depoimento na Subcomissão de Trabalho e Saúde do Congresso americano, em 1997, o médico Harris Coulter, presidente do Centro de Medicina Empírica, de Washington, apresentou um rol de casos sugestivos de que, entre outros males, as vacinas estão por trás do aumento exorbitante dos casos de diabetes nos Estados Unidos nas últimas décadas. Desde 1950, o número de diabéticos naquele país cresceu mais de 1 000% – há 13 milhões de americanos diabéticos atualmente –, um incremento dez vezes maior do que o aumento da população. Coincidência ou não, a curva ascendente da doença avançou junto com a descoberta de novas vacinas e o avanço das campanhas de imunização.

Coulter, co-autor com Barbara Fisher de um livro clássico do moderno pensamento antivacínista, *DPT: A Shot In the Dark* (DPT: Um tiro no escuro), ainda inédito no Brasil, apontou suas baterias para

três componentes de vacinas múltiplas – coquelu-

che, rubéola e cachumba – e para as vacinas contra hepatite B e gripe (*Haemophilus influenza*). “Desde a década de 70 a vacina contra coqueluche tem sido usada em experimentos com animais para estimular a superprodução de insulina pelo pâncreas”, diz Coulter. “Mas o seguimento desse processo é a exaustão e a destruição das ilhotas de Langerhans (que geram a insulina), fato que resulta num quadro de hipoglicemia e, depois, diabetes.” Como a produção de insulina no homem se dá de maneira semelhante à dos animais, o médico acredita ter encontrado aí a explicação para as estatísticas que sinalizam o aumento dos casos de diabetes após as campanhas de vacinação com a DPT nos Estados Unidos e em outros países. Não há estudos que re-

No Iraque, os soldados americanos tomaram 17 vacinas. Metade adoeceu

batarem de modo conclusivo a tese de Coulter e Fischer.

No caso da vacina anti-rubéola, ainda segundo Coulter, o efeito do vírus atenuado no organismo seria tão nocivo e persistente quanto nos casos de rubéola congênita, contraída por

bebês cujas mães tiveram a doença durante a gravidez. No organismo de quem tem a doença congênita forma-se um “complexo imune”, constituído do vírus e do anticorpo correspondente, que pode perdurar por até 20 anos. Pelo menos 20% desses indivíduos acabam desenvolvendo diabetes Tipo I, o diabetes melitus. Considerando que entre os vacinados contra rubéola foi constatada a existência do mesmo complexo imune até sete anos após a imunização, Coulter deduz que se tem aí um claro fator desencadeador do diabetes. Pessoas que nunca tiveram rubéola ou contraíram a doença naturalmente não exibem o complexo imune. A lista de doenças graves associadas à imunização pelos antivacínistas é lon-

Antídoto controverso

Empregada no país há quase 60 anos, a vacina contra a febre amarela assusta por seus fortes efeitos colaterais

O hábito de vacinar populações no Brasil começou com uma enorme confusão – a chamada “guerra da vacina”. Em 1904, assustados com o boato de que a injeção transmitia sífilis, milhares de cariocas montaram barricadas nas ruas do Rio de Janeiro para evitar a vacinação obrigatória contra a varíola. A casa do bacteriologista Oswaldo Cruz, que dirigia o programa sanitário, chegou a ser alvo de tiros e, temendo o agravamento dos protestos, o governo recuou. Desde então, nenhum outro fato grave tinha abalado as campanhas de imunização no país até dezembro de 1999. Naquele mês, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) anunciou a morte da menina Andrielly Lacerda dos Santos, de 5 anos, em Goiânia, vítima de febre amarela causada pela própria vacina contra a doença.

Foi o primeiro caso no mundo, informou a Funasa. Não seria, contudo, o único transtorno recente envolvendo a vacina, obrigatória em áreas silvestres do Norte e do Centro-Oeste. Em janeiro do ano passado, Anizete Alves de Lima, de 28 anos, morreu em São Desidério, na Bahia, cinco dias após ser vacinada. Ela apresentava todos os sintomas da febre amarela. E, em 27 de fevereiro, outra jovem, Katy Cristina Ramos, de 22 anos, também faleceu em Campinas, no interior paulista, devido a insuficiência hepática e respiratória surgida no dia seguinte à vacinação. Oficialmente, só a morte da menina goiana foi associada à vacina, com base em laudo do Instituto Adolpho Lutz, de São Paulo.

Na região de Campinas, outro fato chamou a atenção do Centro de Vigilância Sanitária de São Paulo na mesma época: o aumento desproporcional de casos de meningite viral após a vacinação de dois milhões de pessoas contra a febre amarela. Foram contabilizados 403 casos em dois meses. Desde 1942, há registros estatísticos que sugerem a relação entre a vacina e surtos de meningite no Brasil.



ga. Inclui moléstias como o autismo, esclerose cerebral, distúrbios de comportamento e alergias como a asma, doença que mata 5 000 pessoas por ano só nos Estados Unidos.

Nessa relação ocupa lugar de destaque o chamado "Mal do Golfo", a síndrome manifestada por militares americanos que lutaram na Guerra do Golfo, há dez anos. Algum tempo após o fim da guerra, cerca de 300 000 dos 700 000 soldados enviados ao campo de batalha passaram a apresentar manifestações que vão de enxaquecas a fadiga crônica, diabetes, distúrbios cerebrais e até câncer. Para os antivacinistas, o problema foi causado pela carga de 17 vacinas que os militares tomaram antes de seguir para a guerra, entre elas a vacina anthrax, contra a bactéria utilizada em armas biológicas dos iraquianos.

As incertezas são muitas. Um dos estudos mais abrangentes foi realizado no início dos anos 90 por uma comissão interdisciplinar do Instituto de

Medicina americano (IOM) e, por determinação do Congresso dos Estados Unidos, envolveu apenas queixas contra a vacina antioqueluche. O grupo investigou 18 tipos de efeitos adversos associados à vacina, entre os quais agitação e espasmos infantis, encefalite, meningite, autismo, morte súbita de bebês, anafilaxia (choque alérgico que pode ser fatal) e diabetes. Após 20 meses avaliando estudos de casos, estatísticas epidemiológicas, experiências com animais e estudos laboratoriais, a comissão descartou toda e qualquer relação causal entre a vacina e o autismo, reconheceu evidências de que ela pode provocar agitação, encefalite e choque anafilático e deixou sem resposta o resto das perguntas alegando insuficiência de dados.

Outro estudo recente do IOM descartou a associação entre a síndrome do Golfo e a vacina anthrax. Mas não conseguiu encerrar o assunto. O epidemiologista Robert Haley, do Centro Médico da Universidade do Sudoeste do Texas, em Dallas, Estados Uni-

dos, adverte que é preciso levar em conta outros fatores, como a exposição dos militares a armas químicas e a munição fabricada com urânio empobrecido.

Também recentemente outra tese polêmica, defendida pelo jornalista Edward Hooper em seu livro *The River: A Journey To The Source of HIV and Aids* (O Rio: Uma jornada à origem do HIV e da Aids), ainda inédito no Brasil, foi contestada por cientistas reunidos pela Sociedade Real de Londres. Segundo Hooper, o HIV surgiu da mutação do vírus da pólio usado em vacinações no Congo, entre 1957 e 1960. A alteração teria acontecido durante o processo de atenuação da virulência do vírus através de sucessivas reproduções em chimpanzés (a técnica moderna de atenuação não envolve mais animais: consiste em submeter culturas do micróbio a alta pressão e calor). Do macaco o novo vírus mutante teria saltado para a espécie humana. Os cientistas alegam que a sequência genética do vírus da

►

A VACINA DO FUTURO

Em testes desde 1993, as vacinas gênicas inoculam na célula humana parte dos códigos genéticos de vírus e bactérias



Imunodeficiência em chimpanzés não confirma a tese de Hooper.

Outra face do debate expõe a questão da eficácia das vacinas na prevenção das doenças que se propõem a combater. Segundo os antivacinistas, a ineficiência é comprovada pelas estatísticas epidemiológicas. "É certo que a varíola desapareceu do mundo e a pólio foi virtualmente eliminada do Ocidente pela vacinação. Mas é exagero supor que as vacinas são responsáveis pelo controle de todas as epidemias do passado", diz Harold Buttram, membro da Academia Americana de Medicina Ambiental, sediada em Wichita, no Kansas, Estados Unidos.

Os antivacinistas afirmam que as vacinas começaram a ser usadas quando as principais doenças infecciosas já estavam em declínio, vencidas pelas defesas naturais do organismo. Ou seja: a erradicação das doenças seria resultado de fatores como a redução da pobreza, a melhoria da alimentação e das condições de higiene e de saneamento a partir da segunda metade do século XIX. Não seria consequência direta da vacinação. Nos Estados Unidos, afirma Harold, o índice de mortes provocadas pelo sarampo declinou 95% entre 1915 e 1958. A vacina contra a doença só foi criada em 1964. O mesmo se deu com a coqueluche na Inglaterra, cuja incidência diminuiu 82%

de 1900 a 1935. Antes do início da imunização em massa naquele país, que só foi acontecer na década de 40.

A polêmica sobre as vacinas deriva de um conflito conceitual na área médica que marcou o século XIX e agora ressurgiu, impulsionado por novas descobertas e pelo avanço da medicina holística. São célebres os debates travados entre Louis Pasteur e Claude Bernard naquela época. Pasteur, pioneiro no estudo dos microorganismos, formulou a teoria segundo a qual cada doença possui uma causa única, um vírus ou bactéria que invade o organismo e ali produz um tipo específico de devastação. Para Bernard, a causa estava em elementos ambientais, externos e internos, e a doença não passava de

As mortes por sarampo caíram 95% antes da criação da vacina

uma perda de equilíbrio do organismo provocada por muitos fatores. Vem daí a noção do corpo como um "terreno" onde os microorganismos podem ou não agir de forma nociva, dependendo das condições que encontram ali. O que chamamos de doença seria mero sintoma de um mal subjacente e sistêmico, um sinal do esforço do próprio organismo para reequilibrar-se.

Pasteur ganhou a parada. Além de cientista notável, o químico francês era também um polemista habilidoso que soube aproveitar a eclosão de várias epidemias, na época, para demonstrar a lógica de seu conceito de causa específica. A partir daí, todo um modelo biomédico centrado na microbiologia e, mais recentemente, na biologia molecular, deu base aos procedimentos médicos modernos – inclusive

às vacinações em massa. No livro *O Ponto de Mutação*, no qual discute, entre outros temas, o atual modelo médico, o físico americano Fritjof Capra afirma que, mais tarde, Pasteur reconheceu a importância do "terreno" para as enfermidades, tendo ressaltado a influência dos fatores ambientais e dos estados mentais na resistência às infecções. O químico, porém, segundo Capra, não teve tempo para empreender novas pesquisas e seus seguidores persistiram na trilha original.

Os holísticos e os antivacinistas respondem em uníssono quando a pergunta é o que fazer para evitar doenças sem vacinas: cuidar bem do "terreno". Ou seja, manter as condições que garantiriam o bom funcionamento do sistema de defesa do organismo. Além de alimentação adequada, compõe a receita a exigência de praticar exercícios, dormir bem e evitar hábitos agressivos à saúde (álcool, fumo, drogas), a poluição ambiental e as situações estressantes. Não é fácil, mas vem crescendo o número de pessoas interessadas num caminho que evoca uma melhor qualidade de vida. A dúvida é se isso basta. "Gostaria de saber se um desses críticos das vacinações se recusaria a tomar a vacina anti-rábica se fosse mordido por um cão raivoso", diz Cláudio.

Quem vencerá o debate do século XXI – Pasteur ou Bernard? Numa época agraciada com recursos de tecnologia impensáveis há 120 anos pode-se imaginar que ficou mais fácil dirimir velhas incertezas. Ao que tudo indica, no entanto, isso não acontecerá logo. A complexidade e os muitos interesses que envolvem a questão prometem gerar mais perguntas e farpas antes que se chegue a algum consenso. **S**

PARA SABER MAIS

NA LIVRARIA: *Childhood Immunization*
Jamie Murphy, Earth Healing Products,
Estados Unidos, 1998

Vaccination – L'Overdose

Sylvie Simon, D&S, França, 1999

A Shot in The Dark

Harris Coulter e Barbara Fisher
Avery, Estados Unidos, 1985

NA INTERNET

www.immomed.com/indlinks.html

www.cranet.fr/vaccination-information

www.taps.org.br