

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ
ÁREA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

HERYELTON RÊGO PAULA

DISTANÁSIA: Equiparação a Tortura *versus* Direitos Humanos

Belém

2016

HERYELTON RÊGO PAULA

DISTANÁSIA: Equiparação a Tortura *versus* Direitos Humanos

Trabalho apresentado como avaliação parcial do Segundo Bimestre da Disciplina de Metodologia do Trabalho Acadêmico c/c Bioética e Biodireito do Curso de Direito do Centro Universitário do Pará, Turma DI2NB.

Profs.: Dr. Adilon Koury e Dra. Karla Pamplona

Belém

2016

SUMÁRIO

1 TEMA.....	4
2 PROBLEMA.....	4
3 OBJETIVOS.....	5
3.1 OBJETIVO GERAL.....	5
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
4 JUSTIFICATIVA.....	5
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	6
6 METODOLOGIA.....	12
REFERÊNCIAS.....	13

1 TEMA

O desafio ético da medicina e da sociedade contemporânea em prolongar artificialmente a vida de pacientes em estado terminal, com enfoque na dignidade da pessoa humana e nos avanços da biotecnologia e dos fármacos.

2 PROBLEMA

A distanásia como forma de manter a vida a qualquer custo está relacionada, no Brasil, a um prisma religioso, ético e moral. O tema ainda é visto com um certo receio. O principal problema do assunto está na questão relacionada ao princípio intocável da dignidade da pessoa humana, pois não é apenas a autonomia do paciente que é agredida. A liberdade de consciência do profissional de saúde pode também estar em xeque.

Manter pacientes em estado terminal em unidades de tratamento intensivo, nos remete uma ideia de querer alcançar a imortalidade. A tecnologia de manter a pessoa viva artificialmente, deve ser utilizada com sabedoria, pois, a dignidade da pessoa deve ser respeitada e prolongar artificialmente a vida com dor e sofrimento, não é uma atitude ética e tão pouco humana.

A obstinação terapêutica de manter a pessoa viva é uma prática constante e a tendência é aumentar muito mais no futuro. A distanásia é uma prática de tratamento fútil e inútil. É uma atitude médica que, no intuito de prolongar a vida do paciente terminal, submete-o a um grande sofrimento, pois essa prática não prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer.

À medida que mais tecnologias forem introduzidas ao tratamento de pessoas em fase terminal, mais apoio de uma parte da sociedade ela terá para se manter firme entre nós, na falsa esperança de ter o seu ente querido vivo. A morte não é uma doença e não deve ser encarada como tal. Graças a tecnologia podemos ser curados de terríveis doenças, mas o homem ainda não encontrou a sua imortalidade e finitude humana.

A condição de existir não é uma patologia! Cultivar a sabedoria de que a morte faz parte da vida, e de que ela é algo natural e inerente à própria vida, é indispensável. Cabe, então, perguntar: até que ponto se deve prolongar o processo de morrer se não existe mais esperança de cura? Manter a pessoa ‘morta-viva’ artificialmente interessa a quem?

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Demonstrar de forma crítica e multidisciplinar as formas de prolongar artificialmente a vida, através da distanásia e seus aspectos problemáticos e conflitantes, sob um enfoque teórico à luz do direito, da ética e da filosofia.

3.2 Objetivos Específicos

Analisar o conceito de distanásia e fazer um breve comentário sobre o emprego dos recursos públicos destinado a manutenção de doentes sem reais possibilidades de recuperação da qualidade de vida, frente a real necessidade do uso desses recursos à população necessitada.

Refletir que a vida é finita e que a morte não tem cura, e é nessa confluência entre a vida e a morte, entre o conhecido e o desconhecido que surge o grande medo da humanidade: a inevitável morte.

Propor cuidados holísticos (físico, social, psíquico e espiritual) no adeus final, afim de evitar tratamentos fúteis e inúteis (distanásia) que apenas prolonga o sofrimento e adia a morte inevitável.

4 JUSTIFICATIVA

Atualmente, existe uma preocupação evidente entre pesquisadores e estudiosos em debater questões geradoras de conflitos éticos, no contexto assistencial, voltada ao ser humano em fase de terminalidade, em particular, acerca da distanásia.

Os estudos analisados figuram uma preocupação contemporânea diante de dilemas éticos, no que concerne ao cuidar do ser humano na fase final da vida. Por conseguinte, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para fortalecer as leituras críticas a respeito da temática.

A tecnologia que sustenta artificialmente a vida, precisa ser usada com sabedoria. É preciso abandonar a ‘tecnolatria’ e reconhecer que um dia toda vida humana chega a um fim, e esse final deve ser marcado pelo respeito e pela dignidade.

Segundo o professor Reinaldo Ayer Oliveira (2010) do Conselho Federal de Medicina, no Brasil, atualmente, 30% dos internados em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) são pacientes em estado terminal irreversível e que não deveriam permanecer nessas unidades, e

sim, estarem recebendo cuidados paliativos, ou seja, conforto e atenção as suas necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais.

É importante ressaltar que em países de primeiro mundo, existem hospitais que possuem uma consciência mais esclarecida acerca do limite entre a vida e a morte, no que se refere aos investimentos tecnológicos no processo da morte. A reflexão sobre a legalidade da prática supracitada é uma temática de intensa discussão em diversos países.

Diante deste contexto, a relevância do tema deste trabalho no campo da Bioética para o meio acadêmico, torna-se relevante e oportuno à discussão. Tal discussão não é entendida como pacífica pelo direito ou pela medicina, pois esta envolve uma série de fatores culturais, religiosos, morais e jurídicos.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Compreensão do termo distanásia

O termo distanásia foi proposto em 1904 por Georges Aug Morache, em seu livro *Naissance et Mort* publicado em Paris pela editora Alcan. Para Morache (1904) distanásia era uma agonia prolongada e acompanhada de sofrimento, associado à ideia da manutenção da vida através de processos terapêuticos desproporcionais, a “obstinação terapêutica”.

A distanásia é um termo comumente utilizada na área médica, é ainda desconhecida pelo público geral, ao contrário de seu significado contrário, ‘eutanásia’, que a todo o momento ganha notoriedade nos telejornais, ocasiona debates polêmicos. Sem dúvida, a eutanásia é menos praticada em relação a distanásia em nossas instituições de saúde, notadamente nas unidades de terapia intensiva (UTI).

Mas afinal, o que é distanásia? Essa palavra pouco conhecida até mesmo pelos profissionais de saúde, é conceituada segundo o *Dicionário Aurélio* como “morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”. Trata-se de um neologismo, de origem grega, onde: o prefixo *dys* significa ‘ato defeituoso’ ou ‘errado’ e a palavra *thánatos* significa morte. Nesse sentido, a distanásia é o prolongamento exagerado da agonia, sofrimento e morte de um paciente.

O termo *distanásia* pode ser empregado como sinônimo de tratamento fútil e inútil, ou seja, uma atitude médica que, no intuito de prolongar a vida do paciente em fase terminal, submete o mesmo a grande sofrimento. É importante ressaltar que esta atitude não prolonga a vida em si, mas o processo de morrer. Na Europa, a distanásia é conhecida como ‘obstinação terapêutica’, enquanto que nos Estados Unidos, a expressão é chamada de ‘futilidades médicas’.

Praticar a *distanásia* significa tentar retardar o máximo possível o processo da morte, utilizando, para isso, todos os meios médicos disponíveis, ordinários e extraordinários ao alcance, proporcionais ou não, mesmo que isso traduza em dores e padecimentos a uma pessoa cuja morte é iminente e inevitável.

Em outras palavras, é prolongar artificialmente a vida do paciente, sem chance de cura ou de recuperação da saúde, na qual “o prolongamento da vida humana se torna possível por um prazo cada vez maior devido ao grande avanço tecnológico e científico aplicado à saúde, capaz de produzir equipamentos e medicamentos que mantêm uma vida artificial por um longo período” (CABRAL e GREGÓRIO, 2012).

Segundo Cabral e Gregório (2012) as pessoas enfrentam a morte como extremamente dolorosa e inaceitável, fato que dificulta o entendimento desse estágio da vida, fazendo de sua finitude um problema a ser superado, buscando cada vez mais os meios capazes de manutenção da vida, mesmo que artificialmente. Em uma visão ampla e principiológica, pode-se afirmar que prolongar a morte de um doente terminal, submetendo-o a imensos sofrimentos e retardando o seu processo de morte, dando-lhe uma falsa esperança constitui desrespeito à dignidade da pessoa humana.

5.2 Reflexões sobre a vida e a morte

No passado a morte era encarada como um processo natural, uma consequência de estar vivo, uma fase da vida humana. Antigamente, era comum os familiares se reunirem para se despedir da pessoa em leito quando estava prestes a morrer; até mesmo as crianças participavam desse “ritual”, que era comum em nossa sociedade.

Com o avanço da tecnologia e o emprego de fármacos, a morte passou a ser institucionalizada, tornando-se algo mais distante, pois o hospital passou a ser um *locus* de cura; quem se aproximava do leito de morte constituía uma ameaça à função do médico (HORTA, 1999 apud ROMANO; WATANABE; TROPPEMAIR, 2006). Nesse contexto, a morte deixou de ser encarada como um desfecho natural da vida.

Partindo de uma perspectiva filosófica de que a morte é uma dimensão da existência humana, já que somos finitos e mortais, temos o direito não apenas de viver de modo digno, mas também o direito de morrer com dignidade, sem sofrimento ou sem um prolongamento artificial do processo do morrer (*distanásia*). Isso, porém, não nos dá o direito de abreviar a vida (*eutanásia*).

Um indivíduo não tem autonomia do início de sua própria vida. Sua concepção e seu nascimento são frutos da vontade alheia. É o nascimento com vida que marca o início da condição humana efetiva, com a aquisição de personalidade jurídica e da aptidão para ter direitos e obrigações, conforme cita o artigo 2º do Código Civil Brasileiro: “A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro”.

O direito à vida constitui o primeiro direito de qualquer pessoa, sendo tutelado em atos internacionais, na Constituição e no direito infraconstitucional. O direito de todos e de cada um a uma *vida digna* é a grande causa da humanidade, a principal energia que move o processo civilizatório.

Da forma contrária em que o indivíduo não tem autonomia de sua própria concepção, o indivíduo tem autonomia sobre o fim da própria vida. A inevitabilidade da morte, que é inerente à condição humana, não interfere com a capacidade de alguém pretender antecipá-la. A legitimidade ou não dessa escolha envolve um universo de questões religiosas, morais e jurídicas.

A finitude da vida e a vulnerabilidade do corpo e da mente são signos da nossa humanidade, o destino comum que iguala a todos. Representam, a um só tempo, mistério e desafio. Mistério, pela incapacidade humana de compreender em plenitude o processo da existência. Desafio, pela ambição permanente de domar a morte e prolongar a sobrevivência.

A ciência e a medicina expandiram os limites da vida em todo o mundo. Porém, o humano está para a morte. Antes, os homens temiam as doenças e a morte. Hoje, temem, também, o prolongamento da vida em agonia, a morte adiada, atrasada, mais sofrida. O poder humano sobre *Tanatos*.

5.4 A ocupação das Unidades de Terapia Intensiva por pacientes em fase terminal

Segundo PESSINI (2007), no princípio, quando a estrutura de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi montada, os pacientes encaminhados para lá eram apenas aqueles que tinham uma piora grave ou chegavam a um estado de saúde crítico que necessitava de tratamentos diferenciados, maior atenção e toda a tecnologia disponível.

Isso continua sendo verdade. Porém, atualmente, cerca de 30% dos pacientes levados para esses leitos nos hospitais brasileiros estão em estado terminal e irreversível, o que significa gastos exorbitantes e a ocupação de leitos para quem precisa e possui reais chances de viver. A saúde é uma das preocupações cotidianas dos brasileiros.

UTI é uma unidade de alta complexidade, que possui um alto investimento financeiro com equipamentos e máquinas caríssimas. A UTI é o local de atendimento de pacientes graves e que possuem características comuns, como instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória, e/ou que necessitam de monitorização e acompanhamento como uma medida preventiva.

As unidades de terapia intensiva (UTIs) são serviços altamente especializados, pois atendem, em nível terciário, pacientes em estado grave e que necessitam de monitorização contínua. Pode-se dizer que tais unidades representam uma questão particular para a gestão dos sistemas de saúde do Brasil. O envelhecimento geral da população é fenômeno novo e estima-se que, em 2050, existirão cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo. Dessa forma, os pacientes sobrevivem a doenças que previamente eram fatais e se tornam crônicos, o que representa obstáculos enfrentados no equilíbrio entre a oferta de serviços e o uso racional de recursos.

A Constituição Federal de 1988 contribuiu para o processo de democratização do País e estabeleceu a saúde como direito público, universal e livre à iniciativa privada. Essa forma de gestão pública-privada dentro de um sistema de saúde deve ter como papel fundamental fazer o sistema funcionar com lógica organizacional que vise às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Tabela 1 – Disponibilidade de leitos em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)

Países	% Leitos UTI Adultos / Leitos Hospitalares	Número de leitos de UTI/100.000 habitantes
Canadá	3,4	13,5
USA	9,0	20,0
Bélgica	4,4	21,9
França	2,5	9,3
Alemanha	4,1	24,6
Holanda	2,8	8,4
Espanha	2,5	8,2
Reino Unido	1,2	3,5
Brasil	5,0	16,5

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2013
 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.805/2006, publicada no Diário Oficial da União (DOU), em 28 novembro de 2006, Seção I, pg. 169, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente em passe terminal, conforme cita o referido artigo:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. § 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação. § 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário. § 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Sabendo que a distanásia é o prolongamento exagerado e fútil da morte e a eutanásia a abreviação da vida, os cuidados paliativos surgem como uma forma de não realizar nenhuma das duas opções, surgindo, então, a ortotanásia, que seria a “boa morte”, oferecendo cuidados no fim de vida ao paciente de forma digna, respeitando a sua autonomia e promovendo a humanização.

5.5 A distanásia equiparada a tortura, os Direitos Humanos e os seus aspectos legais

A tortura é reconhecida como uma das práticas humanas mais cruéis de submissão de outro indivíduo pelo uso da força física, de métodos e diferentes instrumentos que resultam em dor e sofrimento. Nesse sentido, podemos classificar a distanásia como uma prática de tortura e corresponde a todos os títulos de violações dos Direitos Humanos, pois fere a dignidade da pessoa humana que é um direito intangível.

“Ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”. Esta proibição encontra-se no inciso III da Constituição Federal, trata-se essencialmente de um dos principais direitos intangíveis elencados em tratados internacionais e regionais sobre a proteção dos Direitos Humanos.

Comenta Fortes (2007), que o artigo 13 do Código Civil diz que "Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente

da integridade física, ou contrariar os bons costumes". Pelo fato de o médico ser quem decide o que será exigido de acordo com suas razões técnicas, essa disposição confronta com o artigo 15 em que "ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica" - restando claro que a decisão deve ser da pessoa, titular da vida e da saúde.

A distanásia pode ser considerada como crime se realmente acontece, contudo pode ser um limiar muito sutil a diferença entre a distanásia e a real intenção do médico de curar o paciente. Mas quando a distanásia realmente acontece ela é degradante, inclusive sob a ótica dos direitos humanos.

O ser humano tem direito de saber exatamente o que está acontecendo consigo, para que ele mesmo possa definir se deseja ou não a ortotanásia, por exemplo. Ou, por outro lado, se quer tentar outro tratamento: a distanásia.

5.6 O cuidado paliativo como forma de amenizar a dor e o sofrimento do paciente em fase terminal

Os cuidados paliativos (CP) são um conjunto de práticas e discursos voltados para o período final da vida de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. Essa nova especialidade de saúde reflete a mudança de paradigma e de conceitos sobre o corpo humano, o adoecimento e a morte.

Os CP não têm objetivo curativo nem buscam prolongar ou adiantar a morte do enfermo, visto que seu enfoque é o controle dos sinais e sintomas físicos e psicológicos próprios do estágio avançado da doença incurável e a melhora da qualidade de vida. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, os cuidados paliativos consistem na assistência ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo.

O principal objetivo é garantir melhor qualidade de vida tanto ao paciente quanto aos seus familiares. Os cuidados paliativos destinam-se a controlar a dor e demais sintomas, evitando assim o sofrimento do paciente. A prática ainda é pouco discutida, sendo até negligenciada, em vários países.

É necessária determinação política e social, com a finalidade de criar políticas públicas e introduzir práticas voltadas para oferecer bem-estar e qualidade de vida a esses pacientes, bem como para lhes proporcionar assistência integral e digna, tanto quanto possível e até o fim da

vida. Cuidar desses pacientes envolve atos de responsabilidade, solidariedade e dedicação, além de competências e habilidades concernentes ao relacionamento interpessoal.

É importante que, em sua atuação, a equipe de saúde reconheça o indivíduo a quem prestará assistência – quais são suas necessidades e limitações –, possibilitando, assim, adotar conduta humanística e sensível para com ele.

Faz-se necessário, portanto, pensar a assistência e o cuidado a partir da construção de novo significado para esses termos, mais abrangente e integral, que permita superar o predomínio da prática mecanizada e resgatar o valor da existência humana. Em um mundo devotado ao cuidar, a atenção prestada ao indivíduo considera o modo de agir, pensar, sentir e se expressar

Entre o não abreviar e o não prolongar está o cuidar com arte e humanidade, ou seja, garantir a morte em paz e sem sofrimento (ortotanásia), proporcionada pela prática dos cuidados paliativos. É um desafio grande aprender a cuidar do paciente fora das possibilidades terapêuticas, terminal, sem exigir retorno, com a gratuidade com que se cuida de um bebê, em um contexto social no qual tudo é medido pelo mérito!

Assim como os humanos são cuidados ao nascer, devem também ser cuidados no final da vida. Cuidar é um desafio que une competência técnico-científica e ternura humana, sem esquecer que “a chave para se morrer bem está no bem viver!”

6 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de pesquisa bibliográfica realizado mediante levantamento de literatura especializada sobre “distanásia”, “bioética”, “direitos humanos”, “cuidados paliativos”, “vida” e “morte”. Foram utilizadas diversas bases de dados, como bibliografias nacionais, que incluíram livro, artigos publicados, revistas eletrônicas e trabalhos acadêmicos.

7 REFERÊNCIA

CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat; GREGÓRIO, Paulo Vitor Oliveira. **Ortotanásia e o PLS nº 116 de 2000 como direito à morte digna**. SP: Revista Jurídica Lex Nº 56, março/abril de 2012, p. 486 a 515.

COSTA JR, Emanuel de Oliveira. **Ortotanásia, distanásia e eutanásia na consciência médica**. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/ortotanasia-distanasia-e-eutanasia-na-consciencia-medica/89998/> Acesso em: 03 de setembro de 2015

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 9ª ed., 2014.

FORTES; Paulo Antonio de Carvalho. **A prevenção da distanásia nas legislações brasileira e francesa**. *Revista da Associação Médica Brasileira*. vol.53, n. 3. São Paulo May/June 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000300005>. Acesso: 03 de out de 2015.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

MÖLLER, Letícia Ludwig. **Direito à morte com dignidade e autonomia**. Curitiba: Juruá, 2012.

Pastoral da Família, 2009. Disponível em <http://cnpf.org.br/noticias/179-deixem-me-partir-para-o-senhor-joao-paulo-ii>

PESSINI, Léo. **Distanásia, até quando investir sem agredir?** 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357>. Acesso em: 03 de outubro de 2015.

_____. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Loyola, 2007.

RIBEIRO, Diaulas Costa. In PEREIRA, Rodrigo da Cunha. **Um novo testamento: testamentos vitais e diretivas antecipadas. Família e dignidade humana**. Anais do V Congresso Brasileiro de Direito de Família. Belo Horizonte: IBDFAM, 2006.

ROMANO, Bellkiss Wilma; WATANABE, Cintia Emi; TROPMAIR, Sabine. **Distanásia: vale a pena?** 2006. Disponível: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v9n2/v9n2a05.pdf>>. Acesso em: 03 de out de 2015.

SERTÃO, Renato Lima Charnaux. **A distanásia e a dignidade do paciente**. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

VIEIRA, Mônica Silveira. **Eutanásia: humanizando a visão jurídica**. Curitiba: Juruá, 2009.