

A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA E O PROLONGAMENTO DA VIDA PARA ALÉM DA DOR

THERAPEUTIC OBSTINATION AND EXTENSION OF LIFE BEYOND PAIN

LA OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA Y EL PROLONGAMIENTO DE LA VIDA A MÁS DEL DOLOR

Roberta Diniz Gervasio

Bacharel em Direito (UNIG).

Rafael Pontes Ribeiro

Médico Otorrinolaringologista.

Ari Gonçalves Neto

Mestrando em Cognição e Linguagem (UENF).

Ieda Tinoco Boechat

Doutoranda e Mestra em Cognição e Linguagem (UENF).

Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral

Doutoranda e Mestra em Cognição e Linguagem – UENF; Professora dos Cursos de Direito e Medicina – UNIG.

RESUMO: A morte sempre foi vista como fato que provoca nas pessoas inquietações e certos temores, quanto mais em face de um quadro de irreversibilidade. A cada dia o progresso tecnocientífico tem facultado a obstinação terapêutica ou distanásia – a tentativa de prolongamento da vida humana por um prazo cada vez maior, adotando-se meios ineficazes ou mesmo fúteis. O objetivo deste artigo é analisar se a legislação pátria admite a conduta distanásica. A hipótese é que não admita, seja por ferir preceitos legais, seja por se reconhecer lesão aos direitos de personalidade, pois submeter a pessoa sem chances de cura a tratamentos obstinados não produzirá bem-estar a ela. O ponto central da discussão é a legalidade e a eticidade da prática da conduta distanásica. A metodologia qualitativa se baseia em estudos da Bioética. Esta pesquisa se justifica pela necessidade de se conscientizar as pessoas e a comunidade científica dos malefícios que a distanásia causa à pessoa enferma, inclusive, causando-lhe prejuízo à dignidade. Conclui-se que a obstinação terapêutica é uma conduta que deve ser coibida, pois nenhum benefício traz ao paciente com doença em estado terminal, não lhe traz nenhum benefício, tampouco aumenta sua vida; apenas prolonga o processo de morrer, tornando-o mais doloroso e ainda fere princípios éticos ao final da vida humana, bem como a dignidade da pessoa enferma.

Palavras-chave: dignidade humana; legalidade; eticidade; tratamento fútil.

ABSTRACT: Death has always been seen as a fact that causes people to worry and be afraid, let alone a picture of irreversibility. Every day, techno-

scientific progress has provided therapeutic obstinacy or dysthanasia - the attempt to extend human life for an increasing period, by adopting ineffective or even futile means. The objective of this article is to analyze if the national legislation admits the dysthanasic conduct. The hypothesis is that it does not admit, either for violating legal precepts or for recognizing injury to personality rights, because subjecting a person without a chance of cure to stubborn treatments will not produce well-being to him. The central point of the discussion is the legality and ethics of the practice of dysthanasic conduct. The qualitative methodology is based on scholars of Bioethics. This research is justified by the need to make people and the scientific community aware of the harm caused by dysthanasia to the sick person, including causing harm to their dignity. It is concluded that the therapeutic obstinacy is a conduct that must be curbed, because do not brings benefit the patient with terminal illness, does not bring him any benefit, nor does it increase his life; only prolongs the process of dying, making it more painful and still hurts ethical principles at the end of human life, as well as the dignity of the sick person.

Keywords: human dignity; legality; ethics; treatment futile.

RESUMEN: La muerte siempre fue vista como un hecho que provoca en las personas inquietudes y ciertos temores, cuanto más ante un cuadro irreversible. Cada día mas el progreso tecnocientífico ha permitido la obstinación terapéutica o distanásia - el intento de prolongación de la vida humana por un plazo cada vez mayor, adoptando medios ineficaces o incluso fútiles. El objetivo de este artículo es analizar si la legislación patria admite la conducta distanásica. La hipótesis es que no admite, sea por herir preceptos legales, sea por reconocer la lesión a los derechos de personalidad, pues someter a la persona sin posibilidades de cura a tratamientos obstinados no producirá bienestar a ella. El punto central de la discusión es la legalidad y la eticidad de la práctica de la conducta distanásica. La metodología cualitativa se basa en estudiosos de la Bioética. Esta investigación se justifica por la necesidad de concientizar a las personas ya la comunidad científica de los maleficios que la distanásia causa a la persona enferma, incluso, causándole perjuicio a la dignidad. Se concluye que la obstinación terapéutica es una conducta que debe ser cohibida, pues ningún beneficio trae al paciente con enfermedad en estado terminal, no le trae ningún beneficio, tampoco aumenta su vida; sólo prolonga el proceso de morir, haciéndolo más doloroso y aún los principios éticos al final de la vida humana, así como la dignidad de la persona enferma.

Palabras clave: dignidad humana; legalidad; la ética; tratamiento fútil.

"Inevitavelmente, cada vida humana chega ao seu final.
Assegurar que isso aconteça de uma forma digna, cuidadosa e
menos dolorosa possível merece tanto prioridade quanto
qualquer outra coisa" (ESSLINGER, 2004 p, 43).

Introdução

Desde sempre as questões relacionadas à morte são vistas como um tabu. Destarte, mesmo estando diante de um paciente em estado irreversível, muitas vezes opta-se por uma busca indomável de postergar a hora da morte,

utilizando-se de uma obstinação terapêutica – a distanásia. Tal tratamento, por ser fútil, causa grandes sofrimentos e angústias para os pacientes, vez que nada mais faz que prolongar artificialmente a vida, ou seja, postergá-la de forma dolorosa, sendo a morte inevitável cientificamente.

Ao longo de todo o trabalho anseia-se por encontrar elos que venham desmistificar a ideia de legalidade ou eticidade da prática de distanásia no Brasil, envolvendo o contexto da bioética para elucidar tal questionamento, pensando no sofrimento e na dor que essa prática pode causar, bem como na inobservância do princípio da dignidade da pessoa humana. Seguindo por essa linha de intelecção, o trabalho tem como escopo apresentar vertentes acerca do que se pode entender por morte digna, bem como enfatizar o mal causado pelo prolongamento artificial e fútil em pacientes que se encontram em estado terminal, e abordar a importância do respeito à decisão autônoma da vontade do paciente.

Emprega-se metodologia qualitativa, por meio de estudo bibliográfico baseado em doutrinadores, tais como: Léo Pessini (2007), Sertã (2005), dentre outros, bem como as legislações que tratam do tema CRFB/88 e CCB/02.

Para maior clareza do tema, o trabalho foi dividido em seções. Inicialmente traz-se o aspecto conceitual de distanásia, estabelecendo-se conexões com a legislação pátria brasileira e a questão da ética no fim da vida humana – lesão à dignidade da pessoa enferma. Posteriormente há uma abordagem de casos concretos de distanásia, o exercício da medicina diante da mesma e a problemática do paciente que, no exercício de sua autonomia, opta pela conduta distanástica.

Diante da importância desta temática para a atual discussão bioética em relação às questões de fim de existência humana, convida-se o leitor à reflexão a respeito do direito à dignidade do paciente terminal, por meio da leitura do presente texto.

2 Distanásia

Distanásia significa a tentativa de prolongar a vida de determinado paciente que se encontre em estado terminal. Ao se iniciar o estudo acerca da

temática, numa sequência histórico-cronológica, encontra-se o seguinte conceito: do grego “diz”, mal, algo mal feito, e “thánatos”, morte. Na visão doutrinária,

Trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo da morte. Para Jean-Robert Debray, é o comportamento médico que consiste no uso de processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que o mal a curar, ou inútil, porque a cura é impossível, e o benefício esperado é menor que os inconvenientes previsíveis (DINIZ, 2006, p. 399).

Na perspectiva dessa afirmação, destaca-se como ponto-chave da questão a forma que se adota para o prolongamento da vida, haja vista que a possibilidade de cura, pelo menos naquele momento e ao olhar humano e limitado, mostra-se impossível. A morte nesses casos é inevitável, e o que a distanásia produz é justamente prolongar o processo de morrer, ou protelar o dia da morte. Essa prática, em se tratando de um paciente em estado terminal, torna qualquer tratamento inútil e desnecessário. Muito embora não haja uma definição precisa, a prática da distanásia existe desde sempre por diversas áreas específicas da medicina.

Outrossim, ainda no tocante à tentativa conceitual da distanásia, está a noção de tratamento fútil, que encontra embasamento na atuação da prática médica. Conforme Leo Pessini (2007), o conceito é utilizado na prática médica pela razão precisa de que é portador de um conceito vital, ou seja, de que alguns tratamentos não atingem os objetivos da medicina e os médicos não são obrigados a prescrevê-los. É o que se entende ainda da análise da expressão tratamento fútil.

A raiz do termo nos lembra que as palavras têm uma força mítica, bem como um sentido literal. Não é possível que expectativas não-realistas e pedidos irracionais de tratamentos fúteis como, por exemplo, ressuscitação cardiopulmonar no paciente com câncer com apenas algumas horas de sobrevivência, possam ser expressão de profundas necessidades religiosas. (PESSINI, 2007, p. 150)

Adoni (2003) preceitua que a “distanásia pode ser conceituada como agonia prolongada, o patrocínio de uma morte com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo, sem perspectiva de cura”. Sucede-se que a

Distanásia pode ser abordada em suas multifaces, vez que não ser tema que se esgote apenas no aspecto médico, elenca preceitos e aspectos culturais, teológicos, que se somam também ao olhar jurídico-médico-social.

Começando do aspecto legal, extrai-se do constituinte de 1988, no título dos Direitos Fundamentais, art. 5º, III: "ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante" (BRASIL. CF, 1988). Na mesma linha, porém com a ressalva para abertura do Direito personalíssimo, o CCB prevê que "ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica" (BRASIL. CCB, 2002).

Diante de simples leitura destes dois dispositivos legais, pode-se constatar que é direito da personalidade; destarte, cabe a decisão pela própria pessoa, titular da vida, da saúde e do direito em tese, bem como da família, aos casos em que seja necessário o poder decisório. E versando sobre a sistemática que envolve a distanásia, toma-se o exemplo o Estado de São Paulo, uma vez que se manifestou contrário à adoção desse procedimento como um regramento movido a enfatizar o não prolongamento fútil da vida humana, com a Lei nº 10.241/99, conhecida como Lei Mário Covas, que assegura em seu art. 2º: "são direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: XXIII recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida" (BRASIL. SÃO PAULO. Lei nº 10.241 de 1999).

Acerca da abordagem religiosa, tem-se que grande parte dos segmentos não aceitam nem corroboram a prática da distanásia como forma de mitigação da morte. Pelo contrário, preza pela morte natural, sem que haja meios extraordinários de sofrimento. Segundo Vieira (2012), a Igreja Batista defende o direito de o indivíduo tomar suas próprias decisões em relação às medidas ou tratamentos que prolongam a vida, esclarecida a maneira pela qual o paciente quer ser tratado, no fim de sua existência. Já as Testemunhas de Jeová também entendem que, quando a morte se mostra inevitável, não se deve exigir a utilização de meios extraordinários para manter o processo de morrer por mais tempo. As demais religiões (Luteranas, Episcopal e Ortodoxas Orientais) não divergem dessa forma de pensar, mostrando-se contra a distanásia e a favor de uma morte natural que não viole a santidade da vida humana. A maioria das religiões, embora entenda a vida como sagrada e como

dom divino, entende a morte como real e natural; sendo assim, não se deve prolongar essa vida artificialmente, quando a morte é inevitável.

Atualmente, a medicina trabalha com vistas ao futuro, procurando promover uma vida boa, saudável, aumentar o tempo de vida e sua qualidade. A morte é admitida com relutância no âmbito da medicina, como o limite para atingir tais objetivos. É sentida como falha [...] (PESSINI, 1996, p. 31).

O posicionamento da medicina é no sentido de possibilitar o maior quantitativo de vida, admitindo-se a morte com muita resistência à aceitação. Em uma perspectiva legalista, é notável o peso e embasamento que pode ser extraído dos princípios existentes no ordenamento jurídico, bem como a constatação de que este não se concebia sem a lei.

Os princípios gerais de direito não constituem uma fonte de direito independente da lei ou do costume. É a própria norma costumeira ou legal que o juiz está aplicando depois de submetê-la a um raciocínio indutivo que lhe permitiu distinguir os princípios que nela estavam inclusos (DANTAS, 1979, p. 85).

O princípio que, sem sombra de dúvidas, perfaz maior relevância em matéria de Bioética/Distanásia é o da dignidade da pessoa humana, na busca de uma ética de respeito à condição humana no limiar concreto entre vida e morte; portanto, nem distanásia (morte dolorosa) nem eutanásia (morte antecipada), mas ortotanásia, que respeita o viver e o momento certo de morrer.

A prática da distanásia – no que se refere às lesões que afetam a dignidade da pessoa humana – provoca um importante debate ético a respeito do final da existência humana, pois a espécie humana, desde o princípio da civilização, importou-se com cuidados e com aqueles que se encontram em situações carecedoras de atendimento médico.

Desde o início dos tempos, as sociedades oferecem apoio e conforto aos seus membros doentes e que estão morrendo. Normalmente, uma profunda reverência e mística envolve a pessoa que está nesta fase. O período que segue à morte é normalmente marcado pelo seguimento de rituais religiosos culturais. A necessidade de chorar a perda de um ente querido é reconhecida por muitas sociedades, embora as

manifestações pela perda e o período formal de luto variem de uma cultura para a outra (PESSINI, 2014, p. 360).

A Declaração de Sidney sobre a Morte – adotada pela 22ª Assembleia Médica Mundial em Sidney, Austrália, em 1968, e emendada pela 35ª Assembleia Médica Mundial em Veneza, Itália, em outubro de 1983 – deixa evidente o processo de gradação e avanço sobre o evento ao longo de toda história (ENGELHARDT JUNIOR, 1996).

Sem dúvida, os modernos avanços na medicina tornaram necessário um estudo minucioso da questão relativa ao momento da morte: a capacidade de manter por meios artificiais a circulação e o sangue oxigenado nos tecidos do corpo que podem ter sido danificados irreversivelmente (PESSINI, 2014, p. 386).

A própria definição de morte deixa de considerar esse processo insistente e fútil de prolongamento artificial, vez que não é conduta que estabelece critérios condignos com as necessidades e especialidades inerentes a um final de vida com qualidade. Segundo Pessini (2014, p. 386), “uma pessoa está morta quando sofreu uma perda irreversível de toda a capacidade de integrar e de coordenar as funções físicas e mentais do corpo”.

Existe um determinado momento na evolução de uma doença que, mesmo que se disponha de todos os recursos, o paciente não é mais salvável, ou seja, está em processo de morte inevitável. Este conceito não abrange apenas a potencialidade de cura ou reversibilidade de uma função orgânica atingida, mesmo tratando-se de órgão nobre. Refere-se àquele momento em que as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida, mas apenas prolongam o processo lento de morrer. A terapêutica, neste caso, torna-se fútil ou pressupõe sofrimento. Neste momento, a morte não mais é vista como um inimigo a ser temido e combatido, muito pelo contrário, deve ser bem-vinda e recebida como um amigo que trará alívio aos sofrimentos (PIVA; CARVALHO, 1993).

Para ilustrar esta situação, tome-se o caso de uma criança de oito meses admitida em uma UTI com diagnóstico de meningococemia, apresentando choque séptico, e que logo a seguir desenvolve parada

cardiorrespiratória que reverte após cinco minutos de reanimação. Imediatamente são adotados esforços e medidas no sentido de reverter as disfunções orgânicas, por tratar-se de um paciente gravemente doente, porém, salvável. Após quatro dias de tratamento intensivo, esta criança persiste com evolução desfavorável, necessitando de desopressores em doses elevadas, anúria, sinais de sobrecarga hídrica e hiperazotemia, grave comprometimento do sistema nervoso central (sem sinais de morte), totalmente dependente de ventilação mecânica e com sinais de sofrimento de alças intestinais em decorrência da hipóxia. Já nesta etapa, esta criança encontra-se, muito provavelmente, no período de morte inevitável. Dessa forma, o arsenal terapêutico em uso (vasopressores, antibióticos, etc.) e as medidas a serem indicadas (cirurgia abdominal, diálise, etc.) teriam como principal efeito o retardamento do óbito, mas sem evitá-lo, e à custa de muito sofrimento (PIVA; CARVALHO, 1993).

É preciso sopesar e analisar os aspectos do “bem morrer” e admitir que, diante de determinada enfermidade incurável, é inviável e insatisfatório qualquer meio que aguce a tentativa de reversão. Destarte, considerar a morte como o meio/aliado que trará o paciente ao sossego e dissipação do sofrimento ao qual tem passado é o que deve ser feito.

A conscientização de seus direitos acarreta no paciente e em seus familiares uma nova postura, com matizes beligerantes, em decorrência do exercício regular da cidadania. O que antes era aceito placidamente, passa a ser contestado, com certa tendência para o exagero na forma de reclamar. Vários membros da equipe de saúde já foram agredidos, até com registros fatais, por indignados familiares do doente. Os direitos do paciente não atingem apenas o atuar do médico, mas de toda a equipe, inclusive dos leigos em atividade de apoio (SÁ, 2004, p. 52-53).

De igual modo, os limites da atuação médica pautada na ética e nos preceitos legais dos cuidados paliativos devem ser observados, a fim de que não ocorra qualquer prática truculenta por parte de qualquer um que compõe a equipe médica. “Desde o revogado Código de Ética Médica, consubstanciado na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.246/88, estabelece-se

uma série de normas de conduta profissional, proibitivas ou imperativas” (SERTÃ, 2005, p. 78).

A temática de ética no fim da vida necessita de que se preconize o direito à informação, não apenas ao paciente em estado terminal, bem como aos seus familiares. Atualmente, mesmo em face de tantos avanços, há na sociedade uma errônea inquietação acerca das incertezas da morte, tornando tudo que diz respeito ao fato da distanásia mais complexo. De fato é uma problemática geradora de angústia, envolvendo problemas que vão além da medicina – outros campos da Bioética.

À primeira vista, poderíamos ingenuamente pensar que a morte nas mãos da moderna tecnologia médica seria um evento menos sofrido, mais benigno, enfim mais digno do que o foi na antiguidade. [...] este conhecimento não tornou a morte um evento digno. O conhecimento biológico e as destrezas tecnológicas serviram para tornar nosso morrer mais problemático; difícil de prever, mais difícil ainda de lidar, fonte de complicados dilemas éticos e escolhas difícilíssimas, geradoras de angústia, ambivalência e incertezas (PESSINI, 2009, p. 2).

Tem efetiva relevância a atuação dos profissionais da saúde, os quais concorrem com todo o dilema que envolve a problemática da distanásia. Portanto, devem ser comprometidos e engajados na incorporação dos pacientes quanto ao fato que lhe é percebido, bem como a participação nas tomadas de decisões, a fim de que haja conhecimento e adequação, desmistificando o senso comum e evitando angústia e sofrimentos inúteis.

É seu dever respeitar e reconhecer o direito do cliente decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar e respeitar o ser humano na situação de morte e pós-morte. O enfermeiro precisa, então, garantir informações em sua veracidade aos familiares e pacientes, para que possam tomar as decisões cabíveis, livres e conscientemente (BIONDOI; SILVAIL; DAL SECCO, 2009. p. 7).

A terapêutica inútil tem sido implementada diuturnamente nos hospitais brasileiros e o simples fato de pensar de modo acrítico propicia ao profissional da saúde querer contribuir “a qualquer custo” para a manutenção da vida, sem maiores reflexões, incidindo na prática da distanásia. Então, torna-se cada vez

mais comum a busca exacerbada pela manutenção da vida, independentemente de se analisar o fato da vida com dignidade, haja vista que os tratamentos de prolongamento artificial, na maioria, são aplicação terapêutica fútil. Por conseguinte, frisa-se a falta de entendimento e aceitação dos familiares daqueles que se encontram em prática terapêutica de prolongamento de vida, e isto só torna ainda mais dificultoso para a resolução desse embate.

Uma pesquisa realizada com enfermeiros de unidades de terapia intensiva constatou que

A maioria, 88,89% de enfermeiros, preferiu acreditar que o enfermeiro, a família e o próprio paciente deveriam participar dos processos de tomada de decisão. Todas as falas se voltaram à adequada comunicação, especialmente de modo a informar o paciente e família sobre a autonomia (BIONDOI; SILVA; DAL SECCO, 2009, p. 7).

Por derradeiro, Leo Pessini (2007) abordou aspectos suscitados acerca da pragmática de lesões e possíveis situações que a tentativa de postergação da vida humana pode causar à pessoa, e os desafios éticos que podem ser encontrados no conceito de qualidade de vida (não existe vida “sem valor”), a utilização de recursos econômicos (camadas vulneráveis da sociedade que podem ser discriminadas), respeito pela autonomia da pessoa (que não justifique o abandono no individualismo), a ressuscitação cardiorrespiratória e morte cerebral (precisam de diagnósticos e prognósticos).

2 Eticidade da conduta distanásica

Quando a análise concreta de determinada questão é trazida à baila, acontece o que se pode chamar de interpretação prática e realista do que o assunto abordado preconiza, permitindo ao sujeito que a interpreta, clareza da realidade dos fatos. É importante lembrar o que as próprias normativas do CFM recomendam a respeito da distanásia.

A princípio, buscando elencar comprovadamente a prática da Distanásia e a sua grande utilização em todo o cenário médico mundial, faz-se necessário a demonstração dos casos práticos, bem como dos embates que envolvem o tema.

A obstinação terapêutica é um problema atual na saúde brasileira. Existem muitos conflitos resultantes de interpretações errôneas sobre a situação real do paciente, havendo pouca atenção aos problemas físicos e emocionais dele e de seus familiares. Há um processo inadequado de comunicação e relacionamento insatisfatório entre as partes envolvidas. Existe uma formação médica que contribui para este problema, visto que é direcionada mais para salvar ou prolongar a vida do que para melhorar a sua qualidade (SOARES, 2010).

Pessini assevera que diversos foram os casos de pacientes famosos que tiveram a vida prolongada artificialmente e de forma fútil, movimentando assim a opinião pública mundial, vez que foram mantidos “vivos” além dos limites naturais, a exemplo de Truman, Franco, Tito, Hirohito e, no Brasil, Tancredo Neves.

Em âmbito mundial, a temática ganhou grande repercussão em 2017 com o caso da criança britânica Charlie Gard, vez que segundo orientações médicas de ausência de recursos hábil a mantê-lo vivo, optou-se pelo desligamento dos aparelhos, o que veio a se confirmar por autorização judicial britânica.

O caso do bebê Charlie Gard, com onze meses de idade, que sofre de uma rara síndrome genética degenerativa e vai rapidamente debilitando sua saúde, convulsionou o mundo quando os médicos ingleses abandonaram a obsessão terapêutica que vinham praticando, por entenderem que a medicina não tinha mais recursos para atender a criança. Daí, contra a vontade dos pais, ingressaram com pedido judicial solicitando o desligamento dos aparelhos, autorização que foi concedida pela justiça e confirmada posteriormente pela Suprema Corte Britânica e a Corte Europeia de Direitos Humanos. Ocorre que, com a interferência do Vaticano e do presidente Donald Trump, abriu um novo canal para a realização de um tratamento alternativo, ainda não testado em humanos. Porém, os próprios médicos responsáveis pela pesquisa confirmaram a ineficácia para a doença de Charlie, o que determinou a execução da justiça britânica (OLIVEIRA JUNIOR, 2017).

Existe uma cultura de que optar por prolongar a existência de vida humana seja o certo, entretanto determinados casos práticos demonstram consequências bastante penosas para todos os envolvidos, bem como os que poderiam utilizar dos serviços de saúde. É o que se verifica a seguir.

F.G., 3 anos, masculino, é encaminhado de hospital do interior do estado para UTI pediátrica da capital, por desidratação e sepse, após quadro de gastroenterite aguda. Apresenta parada cardiorrespiratória durante o transporte, sendo socorrido – após 40 minutos – no hospital mais próximo. É recebido na UTI da capital em mau estado geral, necessitando de suporte cardiocirculatório, ventilação mecânica e, posteriormente, hemodiálise. O quadro infeccioso evoluiu com meningite. Após 3 meses ficou estável hemodinamicamente, mas dependente de ventilação mecânica. A avaliação neurológica evidencia estado vegetativo permanente (dependência de ventilação mecânica por apneia, sem interação com o meio ou as pessoas que o cercam, sem respostas a estímulos externos, sem reações espontâneas ou reprodutíveis a estímulos visuais, auditivos ou táteis, sem controle esfinteriano, preservação variável de reflexos dos nervos cranianos e espinhais, funções autonômica do hipotálamo e do tronco cerebral suficientemente preservadas para sobreviver com cuidados médicos intensivos e de enfermagem). Após extensa explanação do quadro clínico e do seu significado aos pais, estes se opuseram a qualquer proposta da equipe médica (como uma ordem de não-reanimação em parada cardiorrespiratória espontânea) que não a de suporte pleno de funções orgânicas e recuperação cardiopulmonar. Já se passaram quatro anos de internação com o paciente traqueostomizado, alimentado por sonda, em ventilação mecânica e quadro neurológico inalterado. Apresentou duas fraturas por osteoporose e, algumas vezes, recebeu cronotrópicos por apresentar três episódios significativos. A média histórica de permanência dos pacientes nesta UTI é de 5,4 dias, tendo este paciente ocupado o espaço de 271 pacientes. As despesas médico-hospitalares pagas pelo convênio são, em média, de R\$ 15.500,00/ mês (total de R\$ 744.000,00) (KIPPER; HOSSNE, 2018).

Destarte, gera para a engrenagem do sistema de saúde um percalço, limitando vagas e deixando de oportunizar tratamento para aqueles pacientes que se encontram em total viabilidade de recuperação.

Omo se vê, a distanásia traz sérias implicações no exercício da atividade médica. O Código que regula o exercício da prática de Medicina no Brasil – Código de Ética Médica –, no Capítulo V, versando sobre a Relação com

Pacientes e Familiares, dispõe que é defeso ao médico, no artigo 41, “Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”. Salienta-se como Princípios Fundamentais norteadores do Código em questão o inciso VI:

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. (BRASIL. CFM. Resolução n. 1931/2009).

Conduto, embora seja vedado ao médico prática que extermine o ser humano, não deve ser aceitável uma ponderação de valores em que prevaleça a distanásia, quando diante de um caso concreto, seja a tentativa de uma postergação artificial a causa de lesão aos princípios supracitados.

A Resolução 1.805/2006, que institui a ortotanásia, a princípio foi suspensa em virtude de Ação Civil Pública proposta pelo MPF, o qual alegou que somente a lei poderia tratar deste assunto. Não obstante, em 2010 deu novo parecer afirmando que a Ortotanásia não ofende o ordenamento jurídico.

Ar.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.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar (BRASIL. CFM. Resolução n. 1.805/06).

Marreiro (2013) acrescenta que o médico que desconsidera a autonomia do paciente terminal, submetendo-o ao tratamento inútil, incorre na obrigação de reparar os danos provenientes desse excesso que impede o enfermo de

optar por uma morte digna e humana, evidenciando a responsabilidade civil médica pela conduta distanásica.

Desde o nascimento, o ser humano é convidado a clamar pela vida, por continuar o ciclo, sem muito se pensar acerca do “bem-viver” ou “bem-morrer”. Destarte, não raro encontra-se o prolongamento artificial da vida humana sendo realizado nos hospitais, principalmente os de referência. Tal prática implica efetivação da distanásia, também conhecida como obstinação terapêutica.

[...] a distanásia (obstinação terapêutica), tornou-se problema ético de primeira grandeza na medida em que o progresso técnico-científico passou a interferir de forma decisiva nas fases finais da vida humana. O que ontem era atribuído aos processos aleatórios da natureza ou a "Deus", hoje o ser humano assume essa responsabilidade e inicia o chamado "oitavo dia da criação". A presença da ciência e tecnologia começa a intervir decisivamente na vida humana, e essa novidade exige reflexão ética (PESSINI, 2009, p. 2).

Ao longo do trabalho, buscou-se mostrar o quanto se faz necessário o respeito à autonomia de cada pessoa. De igual modo, o quão relevante é a ponderação que deve ser feita nessa busca implacável por viver.

A medicina e a sociedade brasileira têm hoje diante de si um desafio ético, ao qual é mister responder com urgência – o de humanizar a vida no seu ocaso, devolvendo-lhe a dignidade perdida. Centenas ou talvez milhares de doentes estão hoje jogados a um sofrimento sem perspectivas em hospitais, sobretudo nas suas UTIs e emergências. Não raramente, acham-se submetidos a uma parafernália tecnológica, que não só não consegue minorar-lhes a dor e o sofrer, como ainda os prolonga e os acrescenta inutilmente. Quando a vida física é considerada o bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria. A medicina promove implicitamente esse culto idólatra da vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte (HORTA, 1992, p. 219).

Não se pode chamar de humana a conduta praticada pela medicina, sociedade, família e pacientes consistente no prolongamento artificial da vida – o que muito se assemelha a uma questão de idolatria. Para melhor

compreensão acerca desta situação, Elias Farah cita Ives Gandra da Silva Martins, para explicar a situação:

Quando a pessoa não tem condições de viver pelos meios naturais, quando seus órgãos não conseguem funcionar sem a ajuda de aparelhos, desligar esses aparelhos não é eutanásia, pois está-se mantendo a vida artificialmente. O médico desligar os aparelhos de uma pessoa que é completamente dependente deles para sobreviver, que está em coma profundo, por exemplo, ou seus órgãos não funcionam mais sozinhos, não está praticando eutanásia, já que a pessoa não tem condições de autossobrevivência (MARTINS apud FARAH, 1992, p. 219-28).

Uma coisa é o cerceamento inesperado e a todo custo da vida humana (eutanásia), outra bem diferente é quando o quadro fático do paciente se torna irreversível e sem aparelhamento seria humanamente impossível a sobrevivência por si próprio – porque é o momento da morte natural. De outro modo, seria se optassem pelo prolongamento exacerbado da vida humana, o que torna o caso uma questão ética.

A Resolução nº 2.156/2016 do CFM, que define critérios para melhorar o fluxo de atendimento médico em UTIs, determina que a admissão na UTI deve ser dada, prioritariamente,

[...] aos pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. Já os pacientes estáveis, que necessitam de monitorização intensiva contínua, por conta do alto risco de precisarem de intervenção imediata (com ou sem limitação de intervenção terapêutica), devem ser admitidos prioritariamente em unidades de cuidados intermediários (semi-intensivas). Para pacientes com doença em processo terminal irreversível ou sem possibilidade de recuperação, o CFM recomenda as unidades de cuidados paliativos como as mais adequadas (BRASIL. PORTAL MÉDICO, 17/11/2016).

A matéria supra, publicada no Portal Médico evidencia a censura da Medicina contemporânea às práticas distanásicas, restando claro que o estado terminal de doença deve ser tratado mediante adoção de cuidados paliativos, e não com uso excessivo de tecnologias que já não se justificam por sua absoluta futilidade. Nesse sentido, conclui Leo Pessini:

Não somos nem vítimas, nem doentes de morte. É saudável sermos peregrinos. Podemos ser, sim, curados de uma doença classificada como sendo mortal, mas não de nossa mortalidade. Quando esquecemos isso, acabamos caindo na tecnolatria e na absolutização da vida biológica pura e simplesmente. É a obstinação terapêutica adiando o inevitável, que acrescenta somente sofrimento e vida quantitativa, sacrificando a dignidade (PESSINI, 1996, p. 9).

Diante de um quadro grave de doença irreversível, é bem provável que tudo que se faça em termos de prolongamento seja fútil, inútil, incapaz de restabelecer a saúde e o quadro geral do paciente.

A morte deve ser entendida como uma fase do ciclo da existência humana – a etapa final. Essa compreensão torna a pessoa enferma e os familiares capazes de vivenciá-la com mais leveza, principalmente quando se concebe o doente terminal como agente de suas decisões e vontades e não mais como objeto da medicina ou da família (VARGA, 1982).

Ao observar a morte como uma das coisas certas que existem, bem como parte das etapas destinadas a toda e qualquer pessoa, depara-se com uma leveza que faz total diferença para compreensão desse processo comum a todo ser humano.

Considerações finais

Após buscar a compreensão da temática sobre a legalidade e eticidade da prática da distanásia, entendeu-se que são fúteis as tentativas de se evitar a morte, vez que nos casos de terminalidade de vida, é inevitável, e o que a distanásia produz é justamente prolongar o processo de morrer, ou protelar o dia da morte. Ademais, em linha de encontro com a legislação vigente no Brasil, observou-se que os tratamentos de pacientes que se encontram em estado terminal e irreversível podem assemelhar-se ao tratamento desumano, bem como a algum tipo de tortura – condutas vedadas pela vigente Constituição Federal.

Eis, porém, que a Bioética se levanta inquerindo a autonomia de decisão do “doutor” relativa ao prolongamento inútil da vida do paciente com o

ônus da dor, quando em vez da morte natural, mantém a vida biológica pelo meios tecnológicos num processo agonizante de morrer. A intervenção bioética em prol do alívio do sofrimento do paciente e de sua participação nas decisões de terapias disponíveis respeita a dignidade da pessoa no momento, talvez, mais difícil da vida em que se faceia com os mistérios da morte.

Contudo, observou-se que a prática de tratamento inútil aos pacientes com enfermidades graves não é uma atitude que reúne cuidados devidos e condignos com as necessidades e especialidades inerentes a um final de vida com qualidade, com respeito à ética. Por conseguinte, ao se ter um olhar técnico de todo o dano que a prática de distanásia – obstinação terapêutica – pode causar, é louvável que se faça uma ponderação de valores segundo a qual sejam sopesadas de um lado as agruras pelas quais o paciente passa ao ser submetido ao excesso terapêutico e, de outro, os nulos benefícios que ele usufruirá para se concluir pela absoluta desnecessidade ou mesmo futilidade daquela intervenção.

Então, fica muito claro que a melhor decisão em favor da dignidade do paciente é permitir que ele morra em paz, já que a morte não é uma inimiga a ser vorazmente combatida, mas um fenômeno biológico por excelência do qual não se pode escapar. Nada de excesso terapêutico capaz de colocar em risco a dignidade do paciente. Conclui-se o presente trabalho na certeza de que a conduta que melhor resguarda a dignidade da pessoa enferma é proporcionar-lhe os cuidados paliativos quando ela se encontrar acometida de doença grave, irreversível e em fase terminal.

Referências

ADONI, Andre Luiz. **Biomédica e Biodireito: Aspectos Gerais Sobre a Eutanásia e o direito a Morte Digna**. Revistas dos Tribunais. São Paulo ano 9, v.818, p.394-421, 2003.

BIONDOI, Chaiane Amorim; SILVA, Maria Júlia Paes da; SECCO, Lígia Maria Dal. **Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência**. Disponível em: Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. Acesso em: 02 mai. 2018.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM Nº1931/2009. Disponível em:

<[www.https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf)> Acesso em: 02 mai. 2018.

_____. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.805/2006**. Disponível em:

<[www.http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm)>
Acesso em: 02 mai. 2018.

_____. CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO. Lei 10406/02. Art. 15. Disponível em:
<<https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10729769/artigo-15-da-lei-n-10406-de-10-de-janeiro-de-2002>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Disponível em:

<www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>
Acesso em: 10 mai. 2018.

_____. **PORTAL MÉDICO. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016: Conselho define critérios para melhorar fluxo de atendimento médico em UTIs, 17/11/2016.** Disponível em:

<https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26557:2016-11-17-13-28-46&catid=3>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BRASIL. SÃO PAULO. **Lei nº 10.241 de 1999**. Disponível em:

<<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1999/lei-10241-17.03.1999.html>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

DANTAS, San Tiago. **Programa de Direito Civil 3**. Editora: Rio, 1979.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

ENGELHARDT JUNIOR, H. Tristam. **Fundamentos da bioética**. Tradução: José A. Ceschin. São Paulo: Loyola, 1998.

ESSLINGER, Ingrid. **De Quem é a Vida Afinal?** Descortinando os cenários da morte no hospital. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FARAH, Elias. **Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia: Reflexões Básicas em Face da Ciência Médico e do direito** in Revista do Instituto dos Advogados de São Paulo, v. 14, n. 28. São Paulo: Revista dos Tribunais, v.14, n. 28, 2011.

HORTA, Marcio Palins. **Paciente crônico, paciente terminal, eutanásia: problemas éticos da morte e do morrer**. In: Assad JE, coordenador. Desafios éticos. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1992.

KIPPER, Délio José; HOSSNE, William Saad. **Caso Clínico**. Disponível em:
<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/314>.

Acesso em: 14 abr. 2018.

MARREIRO, Cecília Lôbo. **Responsabilidade Civil do médico na prática da distanásia**. Ano 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a14v21n2.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2018.

PESSINI, Léo. **Distanásia: até quando investir sem agredir**. Bioética. Vol.4. São Paulo: Centro universitário São Camilo, 1996.

_____. **Distanásia: até quando prolongar a vida**. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

_____. **Distanásia, até quando investir sem agredir?** 2009. Disponível em:<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357>. Acesso em: 14 abr. 2018.

_____; BARCHIFONTAINE, Christian. **Problemas atuais de bioética**. 8 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2014.

PIVA, Jefferson Pedro; CARVALHO, Paulo R. Antonacci. **Considerações éticas nos cuidados Médicos do Paciente Terminal**. Porto Alegre, 1993. Disponível em: < <http://www.revistabioetica.cfm.org.br>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

OLIVEIRA JUNIOR, Eudes Quintino. **O caso do bebê Charlie Gard**, 2017. Disponível em:

<<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI262840,81042-O+caso+do+bebe+Charlie+Gard>> Acesso em: 25 abr. 2018.

SÁ, Maria de Fátima Freire; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética, Biodireito e o novo Código Civil de 2002**. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

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

SOARES, André Marcelo M. **Bioética e as situações ao final da vida in Questões de Bioética** – Estudos da CNBB nº 98. Coordenação: Comissão Episcopal Pastoral para a vida e a Família. Brasília: Edições CNBB, 2010.

VARGA, Andrew C. **Problemas de bioética**. Porto Alegre: Gráfica Unisinos, 1982.

VIEIRA, Mônica Silveira. **Eutanásia: humanizando a visão jurídica**. Curitiba: Juruá, 2012.