

ORTOTANÁSIA x DISTANÁSIA: O Direito da Escolha

Amanda Fernandes Santos

Biomédica – FITL/AEMS

Maiara Regina Schafer

Biomédica – FITL/AEMS

Nádia Adriana dos Santos Gavioli

Biomédica – FITL/AEMS

Erlí de Souza Bento

Bióloga, Mestre em Genética e Melhoramento de Plantas – UNESP;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Ana Claudia Conde Peres

Mestre em Biologia Animal – UFMS;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

O tema visa abordar a morte como um processo natural e inevitável e discorre sobre as diferenças entre a ortotanásia e distanásia. Questiona o uso de tecnologia, como aparelhos em pacientes em estado terminal, oferecendo um enfrentamento aos sofrimentos desnecessários diante de um fim eminente. Mostra a possibilidade de escolha do paciente em relação à morte natural e o que a legislação estabelece sobre o assunto. Apresenta o papel da bioética como mediadora das questões polêmicas. Paciente, familiares e médico passam a ser mais atuantes em relação ao tratamento, cuidados e escolhas, desta forma o paciente sai do papel de objeto e passa a ser sujeito de sua vida.

PALAVRAS-CHAVE: ortotanásia; distanásia, bioética.

1 INTRODUÇÃO

A ortotanásia e a distanásia têm como principal alvo a morte. A primeira reconhece-a como um processo natural, em que o paciente deve ser respeitado e para a outra, a vida deve ser mantida a qualquer preço. Quando se trata da morte, é necessário notar as mudanças históricas em relação a esse tema. Em sua caminhada e diante de novas tecnologias, o homem vai mudando sua relação com a morte, tornando-a hora como salvação, hora como um castigo, algo natural a sobrenatural, algo a ser evitado ou a ser encarado. Nesse campo, a bioética vem propor uma empatia entre vida e morte, o viver bem para morrer bem (PESSINI, 2007).

A abrangência da bioética, desde o surgimento, nos Estados Unidos da América (EUA, 1970), até os dias atuais, em busca com rigor na análise e prudência de julgamentos, passa por interferências religiosas, políticas e financeiras,

influências estas combatidas em suas bases. Com o intuito de ir além da ética médica, mas apresentar e buscar por soluções mais justas em questões ligadas à saúde como um todo e não apenas a relação médico paciente (SGRECIA, 2009).

Para o Código de Ética Médica Brasileiro, a ortotanásia é uma prática permitida nas situações clínicas irreversíveis e terminais, evitando a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciar aos pacientes todos os cuidados paliativos apropriados (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), 2009). Por outro lado, a distanásia, também conhecida como obstinação terapêutica, caracteriza-se pela utilização de recursos e métodos terapêuticos em pacientes em estado terminal, no qual o processo apenas retarda a morte. Não oferece ao paciente uma morte digna, sem sofrimentos e dores desnecessárias. Ela ocorre devido a excesso médico para manter a vida do paciente (SANTORO, 2010).

Os avanços tecnológicos possibilitaram mudanças importantes, notoriamente no ramo médico, mas esses avanços não oferecem mudança em relação ao fator morte, embora a busca para contê-la seja inevitável (PESSINI, 2009).

A vida artificial, mantida por aparelhos, oferece o suporte às funções vitais é um tema polêmico, principalmente quando a vida em questão não é apenas uma. Grávidas em estado vegetativo requerem um maior cuidado quanto à tomada de decisões, uma vez que existem outras vidas que dependem delas. O dilema entre desejo da mulher e direito do feto mobilizam opiniões (MENEZES, 2017).

No âmbito mundial, não existe um consenso, cada caso é único e merece ser analisado e respeitado com atenção e cuidado para não incorrer em mesmices.

2 OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho são conceituar a ortotanásia e a distanásia; discutir o melhor para o paciente; mostrar os direitos e deveres do paciente, familiares, profissionais de saúde no processo de vida ou morte e relatar alguns exemplos de casos envolvendo as duas situações, e o papel da bioética neste contexto.

3 MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho foi elaborado através de pesquisa bibliográfica e

documental, em artigos científicos nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), artigos periódicos, resoluções do Conselho Federal de Medicina, dados da Seção Jurídica do Distrito Federal, e livros sobre o tema. O período de busca das referências compreendeu desde o ano 2006 até 2017, e foram utilizadas as palavras-chave: ortotanásia, distanásia e bioética. Como critério, foram selecionados artigos que abordaram os conceitos de ortotanásia e/ou distanásia, observando as diferenças entre conceitos de vida e de morte, comparando o morrer bem e a negação da morte através do prolongamento da vida ou do uso de aparelhos que supram as funções vitais.

4 ORTOTANÁSIA

O conceito da ortotanásia não significa tirar a vida, mas assegurar o direito de morrer com dignidade. Com a origem grega, a palavra ortotanásia quer dizer morte correta, sendo o significado de *orthos* correto ou certo e *thanatos*, morte. A ortotanásia tem como objetivo o não prolongamento da vida de forma artificial, diante de um quadro de morte eminente, ela prima pelo processo natural da morte (MARTINI, 2010).

A ortotanásia é um ato médico que diante da morte iminente do paciente, suspende atos que prolongariam a vida sem algum efeito efetivo que apenas levariam o paciente a um sofrimento desnecessário. Nesse momento, entram os cuidados paliativos adequados, tendo como fim a morte com dignidade. A ortotanásia é considerada uma conduta correta frente à morte, sem antecipá-la ou retardá-la, resguardando o paciente de uma tortura terapêutica (SANTORO, 2010).

Para entender tal prática é necessário se despir de preconceitos, uma vez que se irá de encontro ao fato básico da morte. É preciso falar sobre a morte de maneira natural, como sendo algo inevitável, e até mesmo desejável, possibilitando um fortalecimento na relação médico paciente. Nesta relação todas as cartas são colocadas na mesa de maneira clara, dando ao doente ou seus familiares, em caso de impossibilidade, uma escolha entre morrer de maneira natural, com amparo, sem prolongamentos artificiais, ou prosseguir tentando apesar de tudo (PESSINI, 2007).

Observamos o paradoxo de viver apesar de tudo, utilizando meios e tecnologias que prorroguem o último suspiro, ou aceitar que o último suspiro acontecerá e que prorrogá-lo pode ser desumano.

No Brasil a ortotanásia enfrentou dificuldades jurídicas, que a confundiram com a eutanásia. O primeiro passo para sua regulamentação ocorreu por meio da Resolução Nº 1805/2006, do Conselho Federal de Medicina (2006).

Resolução CFM Nº 1.805/2006

(Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169)

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.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada à assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

O Ministério Público Federal entrou com uma ação contra a Resolução nº 1805/06, alegando que o Conselho não teria poder para estabelecer como ética uma conduta considerada como um crime. O Conselho Federal de Medicina salientou que a resolução não se tratava de eutanásia, mas sim de ortotanásia, no qual o evento de morte é certo, iminente e inevitável, visando garantir ao paciente uma morte menos dolorosa e mais digna. Em 2010, após um primeiro entendimento desfavorável, o poder judiciário Federal mudou de opinião e optou pela legalidade e manutenção da Resolução Nº 1805/06.

Sobre muito refletir a propósito do tema veiculado nesta ação civil pública, chego à convicção de que a Resolução CFM n. 1.805/2006, que regulamenta a possibilidade de o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, realmente não ofende o ordenamento jurídico posto. Alinho-me, pois, à tese defendida pelo Conselho Federal de Medicina em todo o processo e pelo Ministério Público Federal nas suas alegações finais, haja vista que traduz, na perspectiva da resolução questionada, a interpretação mais adequada do Direito em face do atual estado de arte da medicina (Seção Judiciária do Distrito Federal, 2010).

4.1 Exemplos de Casos Polêmicos de Ortotanásia

4.1.1 Caso Terri Schiavo

Mulher americana com quarenta anos de idade sofreu parada cardíaca e teve parte do cérebro necrosado por falta de oxigenação. Foi introduzido um tubo

gástrico para administrar água e alimentação. O quadro foi considerado irreversível e seu marido, com autorização judicial, após três ações, conseguiu que os aparelhos que a mantinham viva a mais de quinze anos fossem desligados, resultando na morte da esposa treze dias depois. Nesse caso, a decisão do esposo não era aprovada pelos pais e irmãos da paciente que gerou além da batalha judicial, um envolvimento e comoção da sociedade, propiciando amplas discussões mesmo após sua morte (GOLDIM, 2005).

4.1.2 Caso do Bebê Carlie Card

Carlie Card nasceu em agosto de 2016, na Inglaterra, e aos dois meses de idade foi diagnosticado com uma síndrome rara quando foi levado ao pediatra devido à falta de peso. Mais tarde, foi submetido à internação num hospital de Londres por insuficiência respiratória, sendo colocado em ventilação mecânica. Um mês depois, o diagnóstico conclusivo apontou uma Síndrome de Depleção do DNA Mitocondrial. Devido essa Síndrome Carlie não tinha energia nas células e como consequência não tinha condições de desenvolver a musculatura do corpo, fato que o impedia de manter as funções básicas para sua sobrevivência (GOLDIM; GARCIA, 2017).

Ele morreu com onze meses, se tornou o centro de várias especulações e envolveu a intervenção da justiça inglesa, que determinou a não reanimação. Durante o processo ocorreram interferências de outros países, entre eles os EUA que oferecia um tratamento nunca testado. O Papa se posicionou contrário à decisão da corte Inglesa e pessoas se mobilizaram para doar dinheiro para família. Para Goldim e Garcia (2017), ocorreu a perda na relação médico-paciente-família, a discordância de opiniões gerou desgastes e a oferta de tratamento nunca testado abriu espaço para uma expectativa de cura infundada. De um lado os pais com desespero de terem o filho vivo e de outro a equipe hospitalar que estava diante de um caso perdido, onde o melhor para a criança saiu de suas mãos e se tornou um caso de interesses diversos.

4.1.3 Caso de Bebê Brasileiro

No Brasil, os pais de um bebê de oito meses, recorreram à justiça para que o tratamento no qual o filho estava sendo submetido fosse interrompido e que a criança pudesse morrer em paz. Ele estava com um quadro degenerativo, incurável que demandava intervenções diárias para mantê-lo vivo, seus pais descreveram

essas seções como ato de tortura, com os quais seu filho não apresentava melhora. Entre as ações invasivas estavam a sonda nasogástrica, as aspirações pulmonares, que ocorriam entre duas a três vezes ao dia, sendo uma terapia dolorosa sem potencial de cura ou de alívio dos seus sintomas (DINIZ, 2006).

Ainda para Diniz (2006), os pais se posicionavam de forma consciente, entendendo que seu filho não deveria ser submetido a ventilação mecânica e internação na UTI caso ocorresse uma parada cardiorrespiratória. O desejo dos pais era a criança respirasse independente de máquinas, aceitando que se isso não fosse possível a morte seria aceita de forma natural. Os pais eram amorosos e nesse caso o amor enxergava a necessidade do desapego. Sendo a morte uma condição humana, o bebê morreria com ou sem a ventilação, os pais entenderam essa condição e optaram pelo amor que liberta, eles optaram por não prolongar o sofrimento e deixar ir.

A decisão dos pais foi considerada eticamente legítima e eles asseguraram o direito de escolha em relação à vida de seu filho. Juridicamente e eticamente os pais eram responsáveis legítimos de seu filho que claramente era incapaz de manifestar seus desejos. O quadro era irreversível e sem medidas de contenção, logo a obstinação terapêutica daria ao bebê no máximo 24 meses de sobrevivência, com procedimentos agressivos, entre eles a ventilação mecânica. De forma consciente os pais recusaram o uso da ventilação na certeza de propiciar uma morte digna sem mais torturas (DINIZ, 2006).

5 DISTANÁSIA

A distanásia é a manutenção da vida a qualquer preço. Para Pessini (2009), ela é também conhecida como obstinação terapêutica, no qual o processo técnico-científico passou a interferir na decisão das fases finais da vida, gerando ao paciente uma limitação quanto ao seu querer. Essa obstinação pela vida deixa de lado a individualidade e faz do paciente um objeto e não sujeito de sua própria vida.

Observa-se que nos casos terminais os pacientes estão diante de uma luta perdida, no qual entregar os pontos está fora de questão. A morte não é vista como um processo natural, mas como falha médica.

A palavra distanásia deriva do grego *dis*, que significa afastamento e *thanato*, morte. Afastar a morte não passa uma ideia de evitá-la, mas sim de adiá-la

a qualquer preço, o que incorre no emprego de recursos médicos para prolongar a vida o máximo possível. A distanásia é o ato de protelar o falecimento iminente de um paciente terminal, conhecida também como tratamento inútil (CABETTE, 2009).

5.1 Exemplos de Casos Polêmicos de Distanásia

5.1.1 Caso Helga Wanglie

Mulher idosa com 86 anos deu entrada no Hospital Americano de Minneapolis após queda que ocasionou fratura da bacia. Ela foi internada e desenvolveu insuficiência respiratória, sofreu parada cardíaca, foi ressuscitada e colocada em respirador onde permaneceu inconsciente. Os médicos consideraram o quadro irreversível e queriam retirá-la do respirador, o marido se manifestou contrário e queria a manutenção da vida. Ela foi transferida para mais dois centros médicos, ambos com o mesmo diagnóstico. O hospital entrou na justiça para que o respirador fosse retirado, teve o pedido negado, entendendo que o marido era o representante legítimo da paciente e que a vontade dele fosse respeitada. Um ano depois da primeira internação e três dias após a decisão jurídica, Helga morreu por falência múltipla dos órgãos e septicemia (PESSINI, 2007).

Esse exemplo ocorreu em 1989 nos EUA, tendo de um lado a família extremamente religiosa e de outro os médicos. O esposo acreditava num milagre e queria a esposa viva a qualquer preço, já os médicos sabiam se tratar de um caso irreversível, sendo que a morte só foi prorrogada e a paciente não tinha como manifestar a sua opinião, pois estava inconsciente.

Outro aspecto que envolve disparidades e polêmicas é o da manutenção das gestações de mães que apresentam morte cerebral. Para Menezes e Luna (2017) as posições dependem da legislação de cada país e do tempo de gestação. Alguns países consideram mãe e feto como um único ser, outros encaram o ato como sendo um aborto.

5.1.2 Gestante Brasileira

Mulher de 40 anos, com 25 semanas de gestação, deu entrada no hospital com quadro de hemorragia intracraniana. Assim que se deu o diagnóstico de morte cerebral, a paciente começou a receber suporte respiratório e nutricional. Foi necessário o uso de drogas vasoativas, hormônios e intervenções para prolongar a gestação. A decisão de tentar salvar o feto ocorreu com apoio da família. O quadro

estável para a gestação foi mantido por vinte e cinco dias, depois disso foi necessário realizar uma cesariana. O recém-nascido menino necessitou de cuidados na UTI neonatal, mas teve alta sem sequelas quarenta dias depois (MENEZES; LUNA, 2017).

5.1.3 Gestante Americana

O caso aconteceu nos EUA em 1983, uma gestante de 27 anos, com vinte e duas semanas de gestação foi internada com vômitos e desorientação. Sofreu parada cardíaca, foi reanimada e encaminhada para a UTI, sendo necessário o suporte respiratório. O diagnóstico de morte encefálica veio dois dias depois, sendo que o feto apresentava quadro de normalidade. Num consenso entre médicos e esposo, a mulher foi mantida em vida artificial para que o bebê pudesse sobreviver. O processo foi interrompido no 62º dia, com uma cesariana na 28ª semana devido a uma infecção. O menino nasceu com baixo peso e foi internado na UTI neonatal onde permaneceu por três meses. A morte da mãe ocorreu ao final da cesariana (MENEZES; LUNA, 2017).

6 A ORTOTANÁSIA E A DISTANÁSIA NA VISÃO DA BIOÉTICA

Os aspectos sociais, culturais, religiosos e éticos são variáveis, existem pessoas que querem manter a vida a qualquer preço, outras que estão prontas para desapegar e pensar no melhor não apenas para si, mas para o outro. O censo do coletivo e do respeito são norteadores que possibilitam discussões e busca por soluções dentro do contexto da bioética.

Para Oliveira e Barbas (2013), as condutas da distanásia tinham como objetivo salvar vidas de pacientes com disfunção, necessitando de máquinas e aparelhos para realizar funções básicas, tendo como fim a recuperação do quadro. Quando a morte é inevitável, principalmente no caso de idosos e de pacientes com doenças irrecuperáveis, os procedimentos agressivos, como manobras cardiorrespiratórias e uso de respiradores devem ser reavaliados.

Para Pessini (2009), a distanásia apresenta em si um paradoxo, onde se investe pesadamente em situações terminais sem expectativas de cura, sendo que esses recursos deveriam ser utilizados em pacientes curáveis. Os investimentos na área de saúde devem ser repensados, assim como o conceito de morte cerebral,

doações de órgãos e transplantes.

Ainda para Pessini (2009), as ações de saúde ainda estão pautadas no manter vivo, fazendo uso de cuidados críticos e uma medicina de alta tecnologia. Mas a humanização é mais do que manter vivo é prestar cuidados, incluindo o amor, a paciência e a coerência do melhor para o paciente.

Segundo Pessini e Bertachini (2006), humanizar o cuidar é fortalecer a relação entre profissionais de saúde e paciente, é acolher as angústias do paciente e familiares. Nessa linha de pensamento destacam-se as atividades das equipes multidisciplinares da saúde, que atuam para a melhor atenção ao paciente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notória a necessidade da bioética auxiliar em questões tão complexas, principalmente as que permeiam os conceitos de vida e de morte. No que tange a morte, ela deve ser vista como o fim de um ciclo, no qual os seres vivos nascem, crescem e morrem. Considerá-la natural não nos impede de buscar melhorias e tecnologias que nos façam bem, já que a ciência tem agregado informações e meios para caminhar por mais tempo nesse planeta. Sem procurar desvalorizar esses ganhos, que são notórios, é aceitar a hora certa de deixar ir, de encerrar a morte não como erro médico, mas como uma consequência natural, principalmente nos casos graves, onde ela se torna inevitável.

Neste contexto, o paciente com doenças irreversíveis passa de mero espectador para agente ativo nas escolhas sobre seu tratamento. Ele assume o papel de sujeito e deixa de lado o papel de objeto.

A manutenção da vida a qualquer preço possui um lado cruel, contrária a necessidade de humanização, sobreviver não é viver. O uso de aparelhos cardiorrespiratório entre outros não é capaz de impedir a morte de um paciente terminal.

A discussão sobre gestantes com morte encefálica, mantidas ligadas a aparelhos, visando a vida da criança é um ponto polêmico, onde as opiniões divergem amplamente, assim como a manutenção da vida artificial de crianças em condições irreversíveis.

Percebe-se que em todas essas situações é primordial que haja uma integração entre paciente, família e a equipe médica especializada, para que juntos,

analisem o que realmente é melhor para o paciente, levando-se em conta sua vontade.

Nota-se também a necessidade de mais informação sobre esse assunto tão vasto, principalmente em relação à ortotanásia, a fim de possibilitar as gerações futuras escolhas mais conscientes. Trata-se de um tema complexo, como complexo é o ser humano, com todas suas diversidades, riquezas e diferenças. A que se tomar todo um cuidado de não se favorecer algumas classes em detrimentos de outras, de se desprezar necessidades de muitos em nome de minorias privilegiadas.

REFERÊNCIAS

CABETTE, E. L. S. Eutanásia e ortotanásia: comentários à resolução n. 1.805/06, CFM: aspectos éticos e jurídicos. Curitiba: Juruá, p. 26.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1805/06. Publicado no D.O.U. 28 nov. 2006. Seção I, pg. 169. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm> Acesso em 23 mar. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica. Resolução nº 1931/09. Publicado no D.O.U. 24 set. 2009. Seção I, pg. 90. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm>. Acesso em 23 mar. 2018.

DINIZ, D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em criança. Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade de Brasília. Brasília. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006000800023&script=sci_arttext&tlng=> . Acesso em 08 mai. 2018.

GOLDIM, J.R.; GARCIA, L.F. O caso do bebê inglês Charlie Gard: espetacularização fez com que resolução se tornasse difícil. 2017. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2017/07/o-caso-do-bebe-ingles-charlie-gard-espetacularizacao-fez-com-que-resolucao-se-tornasse-dificil-9841466.html>>. Acesso em 09 mai. 2018.

GOLDIM, J. R. Caso Terri Schiavo: Retirada de Tratamento. 2005. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/terri.htm>> Acesso em: 16 mai. 2018.

MARTINI, M. Ortotanásia, sim; eutanásia, não!!! Revista Jurídica Consulex. Ano XIX, n. 332, p.33-34,15 de junho de 2010.

MENEZES, R. A.; LUNA, N. Gestação e Morte Cerebral Materna. Botucatu. São Paulo, 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.nahead/10.1590/1807-57622016.0334/pt>>.
Acesso em: 25 mar. 2018.

OLIVEIRA, M. Z. P. B. O.; BARBAS, S. Autonomia do idoso e distanásia. Revista Bioética. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a16v21n2.pdf>>.
Acesso em 08 mai.2018.

PESSINI, L., BERTACHINI, L. Humanização e cuidados paliativos. 3ª ed. SP. Centro Universitário São Camilo. São Paulo: Loyola, p. 01, 2006.

PESSINI, L. Distanásia: Até quando investir sem agredir? Revista Bioética. 2009. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394> Acesso em: 23 mar. 2018.

PESSINI, L. Distanásia: Até quando prolongar a vida? 2ª ed. SP. Centro Universitário São Camilo. São Paulo: Loyola, p. 83, 2007.

PESSINI, L. Problemas atuais da bioética. 8ª ed. SP. Centro Universitário São Camilo. São Paulo: Loyola, 2007.

SANTORO, L. F. Morte digna: o direito do paciente terminal. Curitiba: Juruá, p.119, 2010.

SEÇÃO JUDICIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL. Poder Judiciário Sentença dada pelo Juiz Federal da 14ª Vara ROBERTO LUIS LUCHI DEMO, Brasília, pg.14, 2010. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>>.
Acesso em 08 mai. 2018.

SGRECIA, E. Manual do Bioético/I Fundamentos e ética biomédica. 2ª ed. São Paulo: Loyola. 2009.