Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA E A MORTE INDIGNA À LUZ DA NORMATIVA DO CFM

THERAPEUTIC OBSTINATION AND UNDIGNIFIED DEATH UNDER "CFM" STANDARDS ABSTRACT

Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral
Leila Maria Tinoco Boechat Ribeiro
Ieda Tinoco Boechat
Raquel Veggi Moreira
Carlos Henrique Medeiros de Souza

RESUMO - Desde a segunda metade do século passado, momento em que os recursos tecnológicos passaram a ser empregados excessivamente a serviço da saúde humana, o fenômeno da Distanásia tem-se tornado uma prática cada vez mais comum nos hospitais brasileiros. Essa conduta, também denominada obstinação terapêutica, consiste em se empreender tratamentos e procedimentos que não trazem nenhum benefício à pessoa enferma, submetendo-a a sofrimento desnecessário, já que se encontra em estado de terminalidade de doença grave e irreversível. Percebe-se uma tendência cada vez mais clara do Conselho Federal de Medicina (CFM) no sentido de firmar posição contrariamente à prática da Distanásia, fato que se pode constatar pela redação do artigo 41 e seu parágrafo único do Código de Ética Médica (CEM), Resolução nº 1.805/06, a 1.995/12 e a 2.156/16, todas do CFM. Desse contexto, emerge a seguinte situação-problema: de que forma a normativa do CFM percebe a prática da obstinação terapêutica? O objetivo do presente artigo é analisar o fenômeno da obstinação terapêutica à luz da normativa do CFM. A hipótese é que se trata de uma conduta censurada pela normativa do CFM, embora alguns médicos conservadores ainda entendam como negligência médica a conduta da suspensão ou não adoção de medidas terapêuticas nos casos. Assim, a Distanásia é a prática por meio da qual a Medicina tem estendido a vida humana por um tempo cada vez mais longo, por meio de excesso terapêutico empregado a pacientes que já não têm possibilidade de cura, estando em estado terminal de doença, fato que o submete a dores desnecessárias, pondo-lhe em risco a dignidade. Conclui-se que o tratamento obstinado deve ser evitado, não somente por causar prejuízo à dignidade da pessoa enferma, mas também por ferir as normas de conduta ética à luz da normativa do CFM, inclusive o CEM, que delineia a deontologia médica, ou seja, as ações dos profissionais no exercício da Medicina.

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

Palavras-chave: lesão; dignidade da pessoa humana; enfermo; Conselho Federal de Medicina (CFM); normas.

ABSTRACT - Since the second half of the last century, when technological resources have become overused in the service of human health, the phenomenon of Dysthanasia has become an increasingly common practice in Brazilian hospitals. This conduct, also termed as therapeutic obstinacy, consists of undertaking treatments and procedures that do not bring any benefit to the sick person, putting them trough unnecessary suffering, since they are in a terminal state of a serious and irreversible disease. There is an increasingly clear tendency of the Brazilian Federal Medical Council (CFM) to establish a position contrary to the practice of Dysthanasia, which can be seem in the forty-first article, single paragraph of the Code of Medical Ethics (CEM), the Resolution 1,805/06, 1,995/12 and 2,156/16, all of the CFM. Up from this context, a problematic question emerge: how does CFM regulation perceive the practice of therapeutic obstinacy? The aim of the present article is to analyze the phenomenon of therapeutic obstinacy in light of CFM regulations. The hypothesis is that it is a conduct censored by CFM regulations, although some conservative doctors still consider medical malpractice as the conduct of the suspension or failure to adopt therapeutic measures in the cases. Thus, Dysthanasia is the practice by which medicine has extended human life for an increasingly longer time, by means of therapeutic overuse to patients who no longer have a possibility of cure, being in a terminal state of disease, a fact that puts him in unnecessary pain, and his dignity at risk. It is concluded that obstinate treatment should be avoided, not only because it damages the dignity of the sick person, but also because it violates ethical standards in the light of CFM regulations, including CEM, which delineates medical deontology, with that being, the actions of professionals in the practice of Medicine.

Keywords: injury; dignity of human person; sick; Federal Council of Medicine (CFM); normative.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A partir da segunda metade do Século XX, a Medicina passou a utilizar os recursos tecnológicos a serviço da saúde, fato que se intensificou na década de 1970, ao

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

mesmo tempo em que o Brasil adotou o critério da morte cerebral, pela Convenção de Sidney, o que provocou o denominado processo de medicalização da morte, pois a morte já não mais podia ser constatada pela família (como o era, quando o critério que estabelecia a morte humana era o da cessação das atividades cardiorrespiratórias). Desde então, o doente obrigatoriamente adotou a medida de passar pelo hospital para que o médico atestasse a morte. Ao chegar então em estado grave ao hospital, o doente passou a ser submetido a sucessivas ressuscitações, intubações e outros procedimentos artificiais de manutenção do funcionamento dos órgãos vitais, que antes não ocorriam. Com esse fato, o processo de morte foi se tornando cada vez mais longo e doloroso. A Medicina passa a intervir na própria duração da vida, tornando relevante a análise e discussão do tema pela sociedade e comunidade científica.

Tem lugar, então, a análise da posição do CFM a respeito dessa prática, que se tornou corriqueira nos hospitais brasileiros. A hipótese é de possível existência de censura à obstinação terapêutica de acordo com a atual perspectiva de proteção à dignidade da pessoa humana, o que se procura demonstrar por meio deste artigo.

Emprega-se metodologia qualitativa, baseada em teóricos estudiosos da temática, bem como interpretação do viés constitucional a respeito do princípio norteador da dignidade da pessoa humana e da normativa afeta ao CFM.

CONCEITO E CARACTERIZAÇÃO DA DISTANÁSIA

Dentre as limitadas convicções que norteiam a vida, a morte é um dos poucos acontecimentos de que se tem certeza, pois a espécie humana é constituída por seres finitos e mortais. Todo ser humano tem consciência de que, um dia, deparará com o expirar de sua própria existência, tendo em vista a previsibilidade, tão certa quanto a do nascer.

De acordo com Moreira (2016, p. 85), "viver bem é o objetivo de toda pessoa [...]. Neste mesmo sentido de se buscar sempre o que oferece prazer, há também a busca pelo morrer bem, o morrer com dignidade".

A vida e a morte, faces de uma mesma moeda, devem ter a dignidade humana como fio condutor. Além da dignidade que busca para o viver, o morrer também deve ocorrer de forma tranquila, menos sofrida, penosa e dolorida.

No sentido oposto do processo de morrer com dignidade, a Distanásia tem preocupado a Bioética contemporânea. Palavra de origem grega, um neologismo, em que a expressão *dis* significa "afastamento" e *thanatos*, "morte". Assim,

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

etimologicamente, significa "afastamento da morte". Trata-se, então, da postergação sofrida da morte, prolongando-se o processo de morrer e não a vida propriamente dita, em que o enfermo já se encontra em fase terminal de uma doença e que nenhum procedimento será capaz de trazer cura como consequência.

A expressão "Distanásia", para Cabral, Muniz e Carvalho (2016), apesar de ser muito utilizada na rotina dos hospitais, ainda é pouco mencionada e conhecida. Para as autoras, na busca de se salvar uma vida a qualquer custo e sem que haja reflexão na qualidade de vida do doente, nem mesmo nas condições de sobrevida, condutas distanásicas são práticas ainda contempladas como naturais pela Medicina.

Conhecida também como obstinação terapêutica, a Distanásia é fruto dos avanços tecnocientíficos empregados na saúde humana com o objetivo de controlar e prolongar, excessiva e quantativamente o processo de morte ora iniciado, em que o estado de terminalidade já foi constatado, ao submeter o paciente a um sofrimento extremo por uma exaustiva utilização de procedimentos e medicamentos.

Nessa linha de intelecção, Cristiano Chaves de Farias e Nelson Rosenvald declaram o seguinte sobre a Distanásia:

> [...] é o prolongamento artificial do processo (natural) de morte, ainda que à custa do sofrimento do paciente. É a continuação, por intervenção da Medicina, da agonia, mesmo sabendo que, naquele momento, não há chance conhecida de cura. Enfim, é uma verdadeira obstinação pela pesquisa científica, pela tecnologia e tratamento médico, olvidando o direito do paciente à sua dignidade intangível, mesmo no momento da morte. (FARIAS; ROSENVALD, 2015, p. 314-315).

Neste sentido, Leo Pessini (2007, p. 46-47) afirma que salvar e prolongar a vida humana é um dos objetivos clássicos da Medicina. E, assim, problematiza: "Mas o que significa este objetivo hoje, quando temos máquinas que podem manter os corpos daqueles que até pouco tempo atrás já teriam morrido? Até que ponto a medicina pode encompridar uma vida individual?".

Por meio da prática da Distanásia, observa-se o expressivo poder que a Medicina (maiúscula) exerce sobre a vida, ao tentar medicalizar o corpo humano o máximo possível, por intermédio de tratamentos fúteis que em nada contribuirão para a cura, melhora e/ou reversão do quadro do paciente. Leo Pessini esclarece que:

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

> Os tratamentos têm sido categorizados como fúteis quando não atingem os objetivos de adiar a morte; prolongar a vida; melhorar, manter ou restaurar a qualidade de vida; beneficiar o paciente; beneficiar o paciente como um todo; melhorar o prognóstico; melhorar o conforto do paciente, bem-estar ou estado geral de saúde; atingir determinados efeitos fisiológicos; restaurar a consciência; terminar a dependência de cuidados médicos intensivos; prevenir ou curar a doença; aliviar o sofrimento; aliviar os sintomas; restaurar determinada função; e assim por adiante (PESSINI, 2007, p. 62).

No contexto da obstinação terapêutica, Pessini e Barchifontaine (2014, p. 454) afirmam que ela adia o inevitável, tendo em vista que acabamos cedendo à tecnolatria e à absolutização da vida biológica simplesmente, ao acrescentar unicamente vida quantitativa ao enfermo, sacrificando-o. Configura-se um sofrimento inútil, caracterizado por uma agonia programada por uma terapêutica igualmente inútil, com o objetivo de cumprir o dogma médico de "fazer tudo o que for possível para conservar a vida".

Entretanto, a Bioética contemporânea tem preocupado em estabelecer o limite a partir do qual um tratamento se torna fútil, desnecessário ou mesmo lesivo à dignidade da pessoa enferma.

> A questão de fundo é definir quando uma determinada intervenção médica não mais beneficia o doente em estado crítico, terminal, em estado vegetativo persistente, ou o neonato concebido com seríssimas deficiências congênitas, e torna-se, portanto, fútil e inútil. A insistência em implementá-la vai resultar numa situação que caracterizamos como distanásica (PESSINI, 2007, p. 163).

Ocorre quando a pessoa enferma é vítima da obstinação terapêutica, levada ao sofrimento extremo, devido ao excesso de medicamentos e procedimentos a que é submetida, arriscando-lhe a dignidade, ou mesmo chegando a padecer morte indigna, em razão das agruras que suporta.

> Podemos ser sim curados de uma doença classificada como mortal, mas não de nossa mortalidade. Quando esquecemos disso, acabamos caindo na tecnolatria e na absolutização da vida biológica pura e simplesmente. É a obstinação terapêutica adiando o inevitável, que

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

> acrescenta somente sofrimento e vida quantitativa, sacrificando a dignidade (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 455).

Consoante menção dos autores supra, longe de promover a morte digna, a Distanásia configura desrespeito à pessoa, instrumentalizando-a, quer pela vontade dos familiares, quer pela conduta obstinada da equipe médica que reputa a morte um fracasso da Medicina. O denominado tratamento fútil é aquele que não apresenta nenhuma utilidade, não traz benefício ao enfermo ou à sua família, não produz qualquer efeito, sendo seu resultado indiferente para o quadro clínico ou para o bem-estar do paciente. Encontra-se presente também na lição de Luciano Santoro para quem a Distanásia

> [...] caracteriza-se por um excesso de medidas terapêuticas que não levam à cura e/ou salvação do paciente, mas que lhe impõe sofrimento e dor. Trata-se, pois, de um tratamento fútil, caracterizado por não conseguir reverter o distúrbio fisiológico que levará o paciente à morte (SANTORO, 2012, p. 130).

O dilema sobre a Distanásia deve ser enfrentado, levando-se em consideração o massivo investimento no tratamento de pacientes em estado terminal em que são nulas suas reais perspectivas de recuperação, afirmam Pessini e Barchifontaine (2014). Ademais, eles esclarecem que esses recursos poderiam ser utilizados em situações de real possibilidade de recuperação, investindo em casos que, realmente, trariam uma nova perspectiva de vida para o enfermo e sua família.

A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA COMO LESÃO À DIGNIDADE HUMANA

A dignidade da pessoa humana, erigida a fundamento da República Federativa do Brasil, pela Constituição de 1998, em seu artigo 1º, inciso III, constitui princípio reconhecido como valor jurídico de excelência, fonte de onde emanam todos os demais princípios e valores fundamentais do ordenamento jurídico pátrio (CABRAL, 2011), irradiando seus efeitos sobre todas as ordens normativas infraconstitucionais e alcançando as normas éticas que regem o exercício da profissão médica, como verdadeiro vetor interpretativo. Não obstante a relevância desse princípio, não há um consenso na doutrina e jurisprudência acerca de seu conceito, considerado vago ou

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

impreciso, mas nunca destituído de significado como valor fonte de todo o ordenamento. Assim, Branco define a dignidade humana como:

> [...] princípio que inspira os típicos direitos fundamentais, atendendo à exigência do respeito à vida, à liberdade, à integridade física e íntima de cada ser humano, ao postulado da igualdade em dignidade de todos os homens e à segurança. É o princípio da dignidade humana que demanda fórmulas de limitação do poder, prevenindo o arbítrio e a injustiça. (BRANCO, 2015, p. 141).

Nesse sentido, buscando-se uma concretização da dignidade da pessoa humana na perspectiva do Direito, acompanha-se a lição de Maria Celina Bodin de Moraes, citada por Sarlet (2007), enunciando quatro princípios que emanam do substrato material da dignidade, quais sejam: igualdade (que veda discriminação arbitrária e fundada nas qualidades da pessoa), liberdade (que assegura a autonomia ética e capacidade para a liberdade pessoal), integridade física e moral (que inclui a garantia de um conjunto de prestações materiais que asseguram uma vida com dignidade) e da solidariedade (que garante e promove a coexistência humana em suas manifestações).

É exatamente na liberdade, entendida como substrato material da dignidade humana, que se situa a problemática relativa à obstinação terapêutica, pois a liberdade é direito fundamental da pessoa humana que assegura a autonomia ética e a capacidade para liberdade pessoal.

A palavra autonomia, do grego “autos” (próprio) e “nomos” (regra, autoridade ou lei), segundo Ribeiro, foi utilizada, originariamente, para expressar o autogoverno das cidades-estado independentes, havendo se incorporado, na década de 1970, à biomedicina para significar “atribuição de poder para se tomar decisões sobre assuntos médicos. Comparativamente, uma pessoa com autonomia plena tem os mesmos poderes e garantias que um Estado: autodeterminação” (RIBEIRO, 2006, p. 1749).

Esse, pois, o âmago da questão relativa à obstinação terapêutica como lesão ao direito da dignidade da pessoa humana. No vigente Código de Ética Médica, Título I, encontram-se, dentre os princípios fundamentais que regem a conduta:

> 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**.

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

> [...]
> XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, **o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos**, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas (BRASIL. CFM. CEM, 2009, negrito inexistente no original).

Ainda, a parte V do Código, que trata especificamente da relação com pacientes e familiares, estabelece que:

> É **vedado** ao médico:
> Art. 31. **Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente** sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.
> [...]
> Art. 41. **Abreviar a vida do paciente**, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.
> Parágrafo único. **Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas**, **levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal** (BRASIL. CFM. CEM, 2009, negrito inexistente no original).

Percebe-se que os dispositivos enunciados apontam para uma mudança de paradigma na relação médico-paciente. Ribeiro (2018) menciona que Cook (citado por FORTE, 2009) modela as diversidades das relações médico-paciente, de acordo com o maior ou menor grau de participação do paciente nas decisões médicas, como: paternalistas, informativas, interpretativas ou deliberativas. A teor das normas éticas mencionadas, não se concebe, nos dias atuais, a relação médico-paciente sob o modelo paternalista, como o era até os anos 1960, em que o médico se apresentava como guardião do paciente e decidia sobre o tratamento, cabendo ao paciente apenas aceitá-lo. Prestigia-se, atualmente, a relação médico-paciente sob o modelo deliberativo, em que médico e paciente discutem sobre opções terapêuticas disponíveis e suas implicações em valores e preferências do paciente, assumindo-se que o consenso de opiniões seja o melhor tratamento para o paciente. Nesse sentido, traz-se importante lição:

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

> A autonomia deu lugar à indicação, à recomendação, à prescrição, afastando a exigência, a ordem. No art. 15, ocorreu o mesmo: "ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica", permitindo-se concluir que há obrigação de aceitar tratamento ou cirurgia sem risco de vida, o que seria, hoje, um contra-senso ético e jurídico. A leitura desse artigo "conforme a Constituição" deve ser: ninguém, nem com risco de vida, será constrangido a tratamento ou a intervenção cirúrgica, em respeito à sua autonomia, um destacado direito desta Era dos Direitos (RIBEIRO, 2006, p. 1750).

Como se percebe, mesmo com avanços da Medicina ampliando a sobrevivência de pacientes com doenças graves, não há que se cogitar mais de um prolongamento do processo de morrer a qualquer custo, a despeito da liberdade e autonomia do paciente em participar ativamente das decisões relativas ao seu tratamento, à luz de princípios mais caros à humanidade, como o princípio da dignidade da pessoa humana. Em prestígio a esse princípio, intensifica-se a tendência à humanização da relação médico-paciente-família, que tem nas habilidades de comunicação o alicerce de um cuidado colaborativo e centrado no paciente e na sua família, e não mais no médico ou na doença, como outrora (RIBEIRO, 2018).

Não obstante, não é essa a prática que se verifica, em regra, em relação à obstinação terapêutica, em que o paciente em fase terminal, por vezes, tem sua vida mantida artificialmente a despeito de sua vontade, por interesse exclusivo de familiares ou da equipe médica, em flagrante lesão ao princípio da dignidade humana e ao direito de liberdade como substrato material desse princípio, de que decorre a autonomia do paciente em decidir livremente, desde que capaz, sobre se deseja submeter-se ao tratamento médico, sobre a escolha e os limites desse tratamento, sendo legítima essa decisão tomada por seu representante legal apenas no caso de incapacidade, mas nunca exclusivamente pela equipe médica, salvo iminente risco de vida em que não haja quem a realize de forma válida.

A possibilidade de o paciente tornar-se incapaz justifica os instrumentos de manifestação de vontade para o futuro, com a indicação negativa ou positiva de tratamentos e assistência médica: os testamentos vitais – usados para tratar da assistência ao paciente terminal – e as diretivas antecipadas – destinadas a dispor sobre tratamentos em geral, dos quais se pode ou não recuperar. As diretivas antecipadas podem, portanto, materializar-se sob forma de escritura pública em cartório, declaração

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

escrita em documento particular (preferencialmente com firma reconhecida), declaração feita ao médico assistente (registrada no prontuário, com a assinatura do paciente), ou ainda, justificação testemunhal dessa vontade; essa última, inexistente a diretiva. Sobre essa temática, remete-se o leitor à obra *Diretivas Antecipadas da Vontade: autonomia e dignidade do paciente* (CABRAL; ZAGANELLI). Em qualquer situação, poderá haver a nomeação de um procurador para tomar decisões não incluídas nas diretivas.

Nesse sentido, Ribeiro salienta que:

> [...] o pedido instante ou a recusa a tratamentos em geral, feita por diretivas antecipadas, denomina-se Suspensão de Esforço Terapêutico (SET). Como o nome indica, trata-se de suspensão de tratamentos – incluindo nutrição, hidratação e respiração artificiais – que visam apenas a adiar a morte, em vez de manter a vida. A finalidade da SET é afastar um obstáculo para que a morte, naturalmente, instale-se; é suspender a obstinação terapêutica, a distanásia, a insistência tecnológica em "vencer o fim", como se isso fosse possível e atendesse ao melhor interesse do doente (RIBEIRO, 2006, p. 1751).

Esclarece o mencionado autor que a suspensão de esforço terapêutico tem suporte entre nós não apenas no princípio constitucional da dignidade humana, mas igualmente no art. 5º, III da Constituição – que enuncia que ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante –, no Código Civil (art. 15) – que autoriza o paciente a recusar determinados procedimentos médicos –, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90, art. 7º, III) – que reconhece o direito à autonomia do paciente – e, como já visto, no Código de Ética Médica – que reitera esses princípios, proibindo o médico de realizar procedimentos terapêuticos contra a vontade do paciente, fora de um quadro de emergência médica de salvação, o que não é o caso de um quadro irreversível, sem nenhuma resposta a qualquer tipo de tratamento.

Portanto, o respeito à autonomia, à autodeterminação pessoal é a base para a suspensão de esforço terapêutico dos usuários dos serviços de saúde. Por suspensão de esforço terapêutico, entende Diaulas Costa Ribeiro:

> [...] não iniciar ou suspender uma terapia iniciada, não ressuscitar nos casos de parada cardiorrespiratória, não submeter o doente à ventilação mecânica, alimentação e hidratação artificiais contra a sua vontade, que pode ser instante ou manifestada em diretivas antecipadas. Os médicos e demais profissionais de saúde têm o dever

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

> de respeitar a autonomia do usuário, inclusive para lhe dar alta "a pedido", deixando que a morte ocorra no local, no tempo e em companhia de quem o doente quiser. O usuário dos serviços de saúde tem o direito de estar só e de morrer só, de estar acompanhado e de morrer entre os seus (RIBEIRO, 2006, p. 1753).

Por fim, como afirma Branco (2015, p. 141), "Os direitos e garantias fundamentais, em sentido material, são, pois, pretensões, que, em cada momento histórico, se descobrem a partir da perspectiva do valor da dignidade humana". Sendo assim, acredita-se que, no presente momento histórico, sob influxos da Bioética, em que se prestigia a autonomia do paciente, a humanização da Medicina e a relação médico-paciente sob o modelo deliberativo e não mais paternalista, o valor dignidade humana irradia-se não apenas sobre o viver mas também sobre o morrer, sendo possível falar-se em vida digna e em morte digna, assegurando-se ao paciente terminal a liberdade de escolha consciente sobre se prefere morrer sem dor e sem angústia ou se prefere submeter-se ao excesso terapêutico, sendo essa última, a única opção que legitima a medida e afasta a lesão ao princípio da dignidade humana, o que não infirma o princípio, antes o reafirma, sob a perspectiva do respeito à liberdade de escolha como direito fundamental do paciente, que tem como corolário a preservação de sua autonomia, até mesmo para optar pela obstinação terapêutica, se assim o desejar e entender como expressão do morrer digno.

A PRÁTICA DA DISTANÁSIA E SUA VEDAÇÃO PELA NORMATIVA DO CFM

Além das práticas de abreviação e também de prolongamento fútil da vida humana de forma clara nos artigos já mencionados, em especial, no 41 e seu Parágrafo único do CEM, o CFM veda outras condutas que desrespeitem a autonomia do paciente, e sua dignidade, conforme apresentado anteriormente.

No mesmo sentido, encontram-se as disposições da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos no sentido de proteger a pessoa, sua dignidade, o direito ao consentimento livre e esclarecido no art. 8º, com especial tutela aos que não podem expressar consentimento de forma válida e ainda as questões referentes aos cuidados paliativos como proteção global à pessoa (UNESCO. DUBDH, 2005).

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

A Ortotanásia permite aos médicos a interrupção de tratamentos que visam prolongar inutilmente a vida de pessoas em estado terminal, irreversível e sem possibilidade de cura. A Resolução própria, a 1.805/2006, reconhece no art. 1º a possibilidade de limitar ou suspender, em fase terminal de doença incurável, procedimentos ou tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento – cuidados paliativos (BRASIL. CFM, 2006). Ortotanásia é um vocábulo derivado do latim "orto" que significa correto, certo e "thanatus", que significa morte; portanto, o conceito etimológico é morte na hora certa, correta. Aponta para a morte digna, no tempo certo, nem antecipada, nem postergada (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

A Ortotanásia não se confunde com abreviação da morte, com eutanásia, tampouco com o direito de morrer pura e simplesmente:

> O direito de morrer dignamente não deve ser confundido com o direito à morte. O direito de morrer dignamente é a reivindicação por vários direitos, como a dignidade da pessoa, a liberdade, a autonomia, a consciência; refere-se ao desejo de ter uma morte humana, sem o prolongamento da agonia por parte de um tratamento inútil. Isso não se confunde com o direito de morrer. Este tem sido reivindicado como sinônimo de eutanásia ou auxílio a suicídio, que são intervenções que causam a morte. Não se trata de defender qualquer procedimento que cause a morte do paciente, mas de reconhecer sua liberdade e sua autodeterminação (BORGES, 2007, p. 232).

A Resolução demonstra necessidade de atendimento a três critérios de aplicação ética:

> [...] a constatação do estado terminal de doença grave e irreversível, o consentimento da pessoa enferma para a implementação da ortotanásia e a adoção de cuidados paliativos. É necessária uma atenta análise desses pressupostos para não "deixar morrer" sem a devida observância dos critérios que tornam essa prática humana, confortável e ética. Não se trata de simplesmente "deixar morrer", mas "permitir morrer" com dignidade e integral assistência (CABRAL, 2016, p. 60).

Concluindo-se a respeito dos pressupostos de aplicação ética da ortotanásia, pode-se explicar que faltando um desses pressupostos, a aplicação da ortotanásia não será ética: "[...] sem a constatação do estado de terminalidade, seria eutanásia; sem

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

consentimento do doente, seria arbitrariedade, portanto, lesão aos seus direitos de personalidade; sem cuidados paliativos, seria abandono do doente à própria sorte (o que configurara mistanásia: a morte miserável)" (CABRAL, 2016, p. 60).

Anos depois, em 2012, o CFM aprovou a Resolução n. 1995/12 (BRASIL. CFM, 2012), que permite ao paciente registrar sua vontade em relação ao testamento vital em ficha médica ou prontuário. Esta resolução foi um avanço rumo ao reconhecimento da autonomia do paciente, impondo ao médico respeitar suas vontades e as decisões para o final de sua existência. Após 2012, muitas discussões foram travadas no sentido da proteção à dignidade e à autonomia do paciente, e com a possibilidade das diretivas antecipadas de vontade, a pessoa passou a poder escolher de que forma prefere morrer, a que tratamentos deseja ou não se submeter, e quais as circunstâncias favoráveis à sua morte digna (DADALTO, 2015).

Recentemente, em 2016, segundo a Resolução CFM nº 2.156/2016, a admissão de pacientes 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. Salienta ainda que aos pacientes estáveis, que necessitam de monitorização intensiva contínua (com ou sem limitação de intervenção terapêutica), devem ser admitidos prioritariamente em unidades de cuidados intermediários (semi-intensivas), pois podem necessitar de intervenção imediata. Já aos pacientes com doença em processo terminal irreversível ou sem possibilidade de recuperação, recomenda adoção dos cuidados paliativos em unidades próprias e adequadas (BRASIL. PORTAL CFM, 17/11/2016).

Por todas essas razões e normas do CFM indicadas, tem-se convicção que o CFM entende pela censura da obstinação terapêutica, recomendando ao paciente com doença terminal e irreversível, os cuidados paliativos: "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 CFM, 17/11/2016).

Embora haja muita clareza na redação das Resoluções mencionadas, salientam Luciana Dadalto e Cristiana Savoi que "Todavia, a prática demonstra que os profissionais tendem a julgar que o correto é sempre salvar a vida – biológica – do paciente e, para isso, realizam inúmeros procedimentos e tratamentos fúteis e/ou inúteis, prolongando o processo de morrer" (DADALTO; SAVOI, 2017, p. 162).

Não obstante a prática hodierna dos hospitais brasileiros, torna-se clara a defesa da vida digna e, por consequência, da morte digna pelo CFM e não da Distanásia que acarreta uma morte cruel, postergada e indigna, com dores excessivas.

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a intensificação do uso de tecnologias à serviço da saúde humana, houve uma crescente necessidade de institucionalização da morte provocada pela adoção da Convenção de Sidney, que obrigou as pessoas a passarem a morrer nos hospitais, já que a morte cerebral só pode ser atestada pelo médico. As pessoas enfermas passaram a ser submetidas a várias intervenções que antes não existiam e a vida humana começou a ser prolongada por um prazo cada vez maior, por meio de ressuscitações, intubações e outros procedimentos artificiais de manutenção do funcionamento dos órgãos vitais, antes indisponíveis.

As pessoas passaram a viver mais tempo, entretanto, a qualidade de vida cedeu lugar à quantidade, o que começou a inquietar a comunidade científica a respeito da importância de se promover a morte de forma digna – ideal da Constituição Federal e também do CFM, que passou a atender aos reclamos de uma tendência humanizada que prima por atender à autonomia e à dignidade da pessoa.

A obstinação terapêutica submete o paciente terminal a dores, sofrimento e agruras que podem e devem ser evitados, salvaguardando sua dignidade, por meio de atendimento especializado em cuidados paliativos que visam melhorar a qualidade de vida e afastar as dores e sintomas, proporcionando conforto e bem-estar físico, emocional, espiritual e social ao paciente para que possa morrer de forma digna, longe dos sons, das sondas e dos aparatos tecnológicos disponíveis nas UTIs.

Desse modo, analisando-se o fenômeno da obstinação terapêutica como prática recorrente nos hospitais brasileiros, conclui-se que a posição do CFM tem sido de censura a essa conduta, visando atender aos preceitos ditados pela normativa que visa à humanização da Medicina, ao atendimento aos direitos de personalidade da pessoa enferma e à promoção da morte igualmente digna – qualidade de morte em consequência direta da qualidade de vida e da dignidade constitucionalmente previstas.

Constata-se, então, que a Distanásia é uma conduta que não se amolda à eticidade adotada pelo CFM, uma vez que, além do princípio da dignidade da pessoa humana – que propõe vida digna e reflete na necessidade da morte digna –, há vários artigos do Código de Ética Médica (a Resolução nº 1.931/09 do CFM), e ainda outras Resoluções como a 1.805/06 (ortotanásia), a 1.995/12 (diretivas antecipadas de vontade), a 2.156/16 (critérios para admissão em UTIs), que se mostram enfáticas no sentido de censurar a adoção de práticas obstinadas capazes de apenas aumentar dias à

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

vida do paciente em fase terminal de doença incurável e irreversível. Todas essas resoluções, além da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

REFERÊNCIAS

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Direitos da personalidade e autonomia privada**. São Paulo: Saraiva, 2. ed., 2007.

BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais: Direitos Fundamentais – tópicos de teoria geral.** 10ª ed. In: MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 136-191.

BRASIL. CF. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. CFM. **Código de Ética Médica** (CEM). Resolução CFM nº 1931, 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. CFM. **Resolução n. 1.805/06**. Ortotanásia. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. CFM. **Resolução n. 1.995/12**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. CFM. **Resolução n. 2.156/16**. Critérios para admissão de pacientes em UTIs. 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: 30 jun. 2018.

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat. **Consentimento informado no exercício da Medicina e tutela dos direitos existenciais, uma visão interdisciplinar**. Itaperuna-RJ: Hoffman, 1.ed., 2011.

_____. Ortotanásia: Permitir Morrer Não Significa Simploriamente Deixar Morrer. **Revista Brasileira de Direitos Humanos**. Porto Alegre: Lex Magister. Nº 18 – Jul-Set/2016.

_____; MUNIZ, Manuela Soares de Freitas; CARVALHO, Vívian Boechat Cabral. Distanásia: morte tardia e lesão à dignidade do enfermo. In: CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco; ZAGANELLI, Margareth Vetis. (Orgs.). **Mistanásia**: a "morte miserável". 1.ed. – Campos dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2016. p. 132-145.

DADALTO, Luciana. **Testamento vital**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

_____; SAVOI, Cristiana. Distanásia: entre o real e o ideal. In GODINHO, Adriano Marteleto; LEITE, George Salomão; DADALTO, Luciana. **Tratado brasileiro sobre o direito fundamental à morte digna**. São Paulo: Almedina, 2017.

MOREIRA, Raquel Veggi. Eutanásia e legislação brasileira. In: CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco; ZAGANELLI, Margareth Vetis. (Orgs.). **Mistanásia**: a "morte miserável". 1.ed. – Campos dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2016. p. 82-95.

PESSINI, Leocir. **Distanásia**: Até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2007.

_____; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2014.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Curso de Direito Civil** – parte geral e LINDB. 13.ed. São Paulo: Atlas, 2015.

RIBEIRO, Adenauer Cabral et al. **A importância da comunicação na relação médico-paciente-família**. In: CABRAL, Hildeliza Boechat; VON-HELD, Andréa Rodrigues; DADALTO, Luciana. Cuidados paliativos: estudos acadêmicos transdisciplinares. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2018. p.124-139.

Temas em Saúde
Volume 18, número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2018

Artigo

RIBEIRO, Diaulas Costa. **Autonomia**: viver a própria vida e morrer a própria morte. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 22, 08, p. 1749-1754, ago, 2006. Disponível em: < https://www.scielosp.org/pdf/csp/2006.v22n8/1749-1754>. Acesso em 30 jun. 2018.

SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte Digna**: o direito do paciente terminal. Curitiba: Juruá, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. **As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível**. Revista Brasileira de Direito Constitucional. V.09. p. 361-388. jan./jun.2007. Disponível em: <file:///C:/Users/JFRJ/Documents/PESQUISA%20EDUCACIONAL/As%20dimensoes%20da%20dignidade%20da%20pessoa%20humana.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)**, 2005. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.