

A (não)aceitação da mortalidade humana: uma análise da distanásia sob a ótica dos direitos humanos, da bioética e da psicanálise

***The (non)acceptance of human mortality: an analysis of dysthanasia
from the perspective of human rights, bioethics and psychoanalysis***

*Rita de Cássia Resquetti Tarifa Espolador*¹

*Bárbara Piotto*²

*Maria Helena Tamanini*³

Resumo: O presente artigo objetiva analisar as consequências éticas da prática da distanásia, bem como suas implicações sobre a psique humana, por meio de um estudo interdisciplinar entre os direitos fundamentais e princípios bioéticos, sob o viés psicanalítico da morte e do luto. Para tanto, a pesquisa foi realizada através do método bibliográfico, amparada por levantamento normativo. Nos resultados, verifica-se que a distanásia não se configura enquanto prática eficiente para proporcionar qualidade de vida ao paciente, sendo considerada contrária às técnicas mais avançadas nas esferas de conhecimento médico e psicológico. Ao final, conclui-se que a distanásia culmina no prolongamento do sofrimento do paciente ao estender seu processo de morte.

Palavras-chave: Distanásia. Morte. Luto. Psicanálise. Bioética.

Abstract: This paper intends to analyse the ethical consequences of dysthanasia as well as its implications on human psychology. Adopting an interdisciplinary study method, this paper used as its base fundamental rights and bioethical principles in conjunction with the psychoanalytical perspective on death and grief. This research was conducted by utilizing bibliographical method and law analysis. The end results presented dysthanasia as an ineffective practise in regard to ensuring a patients well-being. It was additionally considered as an outmoded practise, incongruous to the most advanced techniques on the medical and psychological field. In conclusion, it was determined that dysthanasya culminates on a prolongation of the patient's suffering by extending their death process.

Keywords: Dysthanasia. Death. Grief. Psychoanalysis. Bioethics.

¹ Doutora em Direito pela Universidade Federal do Paraná. Mestre em Direito Negocial pela Universidade Estadual de Londrina. Docente do Programa de Mestrado e Doutorado em Direito Negocial e da Graduação da Universidade Estadual de Londrina.

² Graduanda do curso de Psicologia no Centro Universitário Filadélfia em Londrina, Paraná, Brasil.

³ Graduanda do curso de Direito pela Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil.

1. Introdução

O direito à vida, essencial ao ser humano, condiciona os demais direitos de personalidade, como o direito à liberdade, integridade, privacidade, imagem, nome entre outros, sendo estes intransmissíveis e irrenunciáveis conforme previsão do Código Civil brasileiro.

Nesta esteira, visando o salvaguardar da vida, com os avanços da tecnologia na medicina, há uma multiplicidade de tratamentos disponíveis para as mais diversas enfermidades que afligem o ser humano. No entanto, não rara é a situação na qual nenhuma intervenção médica é capaz de proporcionar ao paciente uma cura ou recuperação de sua enfermidade. Assim, ante a perspectiva de iminente falecimento do doente, o próprio paciente, o médico responsável e entes queridos envolvidos na situação deparam-se com um conflito existencial e moral relacionado ao processo de defronte para com a morte e o luto

Diante desta situação é essencial o estudo da distanásia - prática entendida como a obstinação médica em continuar tratando o paciente com técnicas que não restabelecem sua saúde, mas sim, apenas prolongam o processo de morte – correlacionando-a com os direitos à vida, à saúde e dignidade da pessoa humana.

A análise da distanásia, objetivo principal deste trabalho, foi disposta em três etapas. Em primeiro momento abordou-se o direito à vida - com dignidade e qualidade - e à saúde, traçando-se um desenvolvimento até a ideia de aceitação da morte como algo natural e que deve ocorrer com dignidade. Em segundo momento expôs-se uma análise psicanalítica quanto ao processo de luto e a percepção humana da morte enquanto tabu na sociedade ocidental contemporânea, vigorosamente negada pelo sujeito e fonte de angústias intoleráveis.

São por fim explorados os conceitos de eutanásia, ortotanásia e distanásia. É traçada conexão desta última com os princípios bioéticos e a

compreensão com base na psicanálise quanto à distanásia e suas possíveis repercussões. Assim, pretende-se responder ao final deste artigo se a prática da distanásia é condizente para com os direitos fundamentais do paciente assim como se esta mantém seu bem estar psíquico e o daqueles à sua volta.

2. Vida, saúde e a incurabilidade da mortalidade humana.

A vida e a saúde são direitos fundamentais tutelados em diversos textos legais e convenções ao redor do mundo. Ainda, em primeiro momento cabe destacar que existem diversas definições dos termos “vida” e “saúde” nos dicionários da língua portuguesa, podendo a primeira ser entendida como o conjunto de propriedades, atividades e funções (replicação, mutação, reprodução, entre outras) que caracterizam e distinguem um organismo vivo de um morto (MICHAELLIS, 2015), o estado de atividade funcional, o tempo decorrido entre o nascimento e a morte e a vitalidade (BUENO, 2007), e a segunda como o estado do organismo com funções fisiológicas regulares e com características estruturais normais e estáveis, levando-se em consideração a forma de vida e a fase do ciclo vital de cada ser ou indivíduo, bem-estar físico, psíquico e social. (MICHAELLIS, 2015).

Partindo de uma análise internacional, o direito à vida está expresso na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), artigo III, ao lado dos direitos à liberdade e à segurança pessoal. Estando exposta ainda a indissociabilidade do direito à vida e à saúde, artigo XXV.

Em esfera continental, na Convenção Americana sobre Direitos Humanos, conhecida também como Pacto de San José da Costa Rica (1969), o direito à vida é tratado em seu artigo quarto, a partir do qual depreende-se que a vida constitui a base e o fundamento de todos os direitos da pessoa humana, sendo o Estado responsável pela proteção à vida de seu povo. (GOMES, 2018).

Ainda, determina que ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente. Contudo, destaca que desde que não arbitrária, a privação

da vida não é contrária à ordem jurídica, constituindo-se assim uma base de compreensão permissiva que pode ser aplicada aos casos de aborto necessário, eutanásia, ortotanásia entre outros, ou seja, o direito à vida não é absoluto, mas não pode ser arbitrariamente ignorado.

Partindo para o entendimento do ordenamento jurídico brasileiro, o direito à vida é consagrado como um direito fundamental e tido como pré-requisito para que os indivíduos gozem dos demais direitos, neste sentido expõe Maria Helena Diniz:

O direito à vida, por ser essencial ao ser humano, condiciona os demais direitos da personalidade. A Constituição Federal de 1988, em seu art. 5º, caput, assegura a inviolabilidade do direito à vida, ou seja, a integralidade existencial, conseqüentemente, a vida é um bem jurídico tutelado como direito fundamental básico desde a concepção, momento específico, comprovado cientificamente, da formação da pessoa (DINIZ, 2008).

No título dos direitos e garantias fundamentais da Constituição Federal do Brasil de 1988 estão tutelados de maneira inviolável os direitos à vida e à saúde (relacionada com a dignidade da pessoa humana, existência digna e qualidade de vida):

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] (BRASIL, 1988)

A dignidade da pessoa humana é um princípio fundamental sobre o qual se baseiam todas as demais normas constitucionais e infraconstitucionais, sendo um dos fundamentos do Estado brasileiro, conforme inciso III do artigo primeiro da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Destarte, o desenvolvimento de uma vida digna ocorre por meio do respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana e da autonomia do

indivíduo para decidir quanto ao direcionamento de sua própria vida. Nesta esteira, afirmam Costa e Duarte ao citarem Kant que:

Partindo das proposições do imperativo categórico kantiano, a dignidade significa que toda pessoa é um fim em si mesma, não podendo ser tratada como objeto, tendo em vista a vida humana possuir um valor intrínseco objetivo. Ou seja, o indivíduo está intimamente ligado às suas próprias vontades e objetivos, e não aos propósitos de outras pessoas, como um meio de instrumentalização. Para Immanuel Kant (2003) a autonomia é, portanto, o solo indispensável da dignidade na natureza humana ou de qualquer natureza racional, o que faz crer estar imerso na condição humana a garantia de sua autonomia no que tange escolhas. Assim, para entendermos o significado da dignidade da pessoa humana, devemos levar em conta a ideia do indivíduo formador de si próprio, bem como de sua própria vida, demonstrando a cada ato a escolha que melhor traduz suas vontades e convicções. (COSTA e DUARTE, 2015)

Esta análise do conceito de vida e saúde, bem como suas garantias nacionais e internacionais, faz-se necessária no desenvolvimento do presente trabalho pois introduz o debate acerca de seu conceito antagônico, a morte.

Dentre os possíveis significados do termo “morte” para os falantes da língua portuguesa destaca-se o entendimento desta enquanto passagem da alma, que estava ligada ao corpo material, para o plano espiritual. Intensa angústia (MICHAELLIS, 2015), ato de morrer e fim da vida (BUENO, 2007).

A presença da ideia de plano espiritual e intensa angústia atrelada ao termo “morte” mostra que o ser humano possui uma relação subjetiva com o ato de morrer. Deste modo, a análise do tema tratado no presente estudo ultrapassa os conceitos puramente fisiológicos, adentrando na esfera única que é a experiência humana da vida e da morte. Assim, o direito à morte digna suscita questões éticas, jurídicas e psicológicas que devem ser analisadas por meio de uma interseccionalidade de saberes.

Em análise à proibição de morte arbitrária presente na Convenção Americana sobre Direitos Humanos e à inviolabilidade da vida tutelada pelo direito brasileiro, Francisco Osvaldo Martins Hoppe destaca

[...] em relação aos tratados e convenções internacionais assumidos pelo Brasil, consta que: “ninguém pode ser arbitrariamente privado da vida” (art. 6º do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos – e art. 4º da Convenção Americana sobre Direitos Humanos – Pacto de São José (22.11.1969), por “arbitrariamente” deve ser entendido sem razões fundadas ou sem motivo justo. Desse entendimento se compreende que o direito à vida não é absoluto, tampouco indisponível. Assim, se forem entendidos os motivos da eutanásia como justos ou com razões suficientes, estaria afastada a ilicitude da conduta. (HOPPE, 2007).

Esta fala dá abertura para sinalizar que com os avanços da tecnologia médica tem-se fomentado uma mutação cultural que acrescenta valor moral e social as questões sobre o início e fim da vida (DINIZ, 2008), visto o desenvolvimento de técnicas de prolongamento da vida e da morte. Neste diapasão, há que se compreender o que é uma morte digna para o biodireito e o que é morrer com dignidade. Maria Helena Diniz, citando Genival V. de França, destaca que:

É dever do médico ser sensível ao processo de humanização da morte e ao alívio do sofrimento, atenuando os horrores da agonia, devendo promover a dignidade do doente, administrando tratamento paliativo, como analgesia, mesmo que isso lhe apresse a morte, por ser portador de moléstia incurável que não apresenta qualquer condição de prolongar sua sobrevivência, estando num processo de morte inevitável. (DINIZ, 2008)

Conclui-se que é necessário aceitar a morte como um limite invencível, parte do ciclo da vida, e não como uma falha da medicina. Devendo o médico se ocupar com a pessoa do doente como um todo, seu estado físico e psicológico e não com sua doença e perspectiva de morte. É preciso dar ênfase ao paradigma de cuidar e não de curar, deste modo, sem tentar livrar o homem de sua mortalidade (DINIZ, 2008).

3. A perda do objeto de amor e o luto

Sendo a morte um conceito amplo e que intriga o ser humano em diversos níveis - seja em relação ao próprio falecimento ou ao daqueles à sua

volta - acrescenta à discussão o viés psicanalítico referente ao processo de fim de vida e de luto.

Segundo Freud (1917), o processo de luto é entendido como a reação frente à perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como a pátria, a liberdade, um ideal e etc. Assim, embora o processo de luto não diga respeito apenas à perda de pessoas queridas, este artigo trabalhará apenas com esse recorte.

Dentre suas diversas manifestações, o luto implicará primordialmente os efeitos da perda do objeto de amor e a realocação da pulsão antes direcionada a este.

Entende-se por pulsão a força que movimenta o sujeito em busca de prazer e satisfação (FREUD, 1905). Constitui-se como objeto da pulsão todo objeto no qual ou através do qual a pulsão consegue atingir seu objetivo (COELHO JR, 2001). Portanto, a existência de um objeto é o alicerce do funcionamento psíquico, visto que sem um direcionamento pulsional não há manifestação de desejo, deste modo, não há movimento, constituindo assim o equivalente a uma morte psíquica (FREUD, 1905).

O objeto de amor (*Objektliebe*) do sujeito, segundo Freud em sua primeira teoria das pulsões (1915), advém do modelo das primeiras relações objetais – geralmente, a relação com os pais. Portanto, nenhum objeto existe por si só enquanto objeto externo, visto que na realidade, o modelo primário de relacionamento foi introjetado e existe enquanto marcas estabelecidas no psiquismo e registros afetivos e representacionais (COELHO JR, 2001), que ‘guiarão’ o sujeito em suas escolhas inconscientes de objetos de amor no futuro.

No início da vida, o objeto de amor do bebê é o objeto de satisfação pulsional primitiva⁴. O bebê necessita de ajuda constante para satisfazer suas vontades e necessidades, visto que este é fisicamente incapaz de cuidar

⁴ A satisfação pulsional primitiva entende-se como a satisfação dos desejos e impulsos instintivos como fome, sede e sono.

por si só. Essa dependência extrema o põe em situação constante de desamparo, já que o outro precisa interpretar suas urgências. A ansiedade resultante dessa situação consiste na estimativa do bebê quanto à sua própria força em comparação com a magnitude do perigo e no seu relacionamento de desamparo em face desse perigo (FREUD, 1915), seja este perigo da ordem do real ou do imaginário.

O desamparo e a angústia são resultados do medo da perda do objeto e do abandono por parte daquele que cuida e que sustenta. No caso do luto, a perda não está no campo da fantasia, a perda do objeto externo é real. “No luto, o teste de realidade revelou que o objeto amado realmente não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto [...]” - (FREUD, 1915, p. 250).

Quando há uma compreensão egóica da perda do objeto, ou seja, quando o sujeito consegue compreender que o objeto de amor já não está presente no mundo externo, embora seja necessário despende tempo e energia catexial⁵ para a elaboração, o sujeito consegue redirecionar a libido, energia pulsional, para objetos que são intitulados como substitutos. Em outros casos, porém, embora haja uma compreensão da perda do objeto, não há uma “libertação” psíquica em relação ao investimento libidinal no objeto perdido. Neste caso, pode ocorrer uma intensa oposição à perda, podendo inclusive levar a um desvio da realidade e um apego ao objeto por intermédio de uma psicose alucinatória carregada de desejo (FREUD, 1915).

[...] fantasias e devaneios com relação ao finado objeto podem interferir no trabalho de luto e, em instâncias em que o objeto morto não pode ser apreciado realisticamente, o objeto continua a existir como um objeto introjetado inassimilável, com o qual conversações internas podem ser mantidas. (POLLOCK, 1994, p.155)

⁵ Catexia diz respeito à cargas de energia psíquicas. Freud (1913) trabalha o termo como "carregado de uma soma de excitação".

Ressalta-se, portanto, que mesmo que seja extremamente doloroso e vagaroso, o processo de luto não é patológico. O sofrimento se dá pela ausência do objeto externo mas acompanhado da presença psíquica do objeto, e o desligamento do investimento libidinal nessas fantasias é o causador da angústia. Eventualmente, porém, haverá o desprendimento de tais fixações e o ego pode voltar a ficar livre e desinibido (FREUD, 1915).

Ainda, segundo Freud (1915), no que diz respeito à compreensão da própria morte, o indivíduo a nega e a rejeita. A nível inconsciente, cada um de nós está convencido de sua imortalidade, em outras palavras, ela [a morte] não existe para o inconsciente. “O homem, embora possa ter provado a dor pela perda do ser amado, não pode experimentar-se a si mesmo morto” (FREUD, 1915, p.295)

Ou seja, é possível suportar a morte do objeto, mas não é cabível ao homem a ideia da própria efemeridade enquanto sujeito. Esse paradoxo parece ser útil ao tentar compreender o tabu por trás do conceito da morte e a necessidade humana de prolongar o processo de morte quando possível.

A morte enquanto conceito não se refere apenas ao processo de envelhecimento e declínio contínuo de forças vitais, ela evoca acima de tudo o desconhecido, um mundo novo de confusão, de caos e do ininteligível, em que não existe mais nada nem ninguém (VERNANT, 1983).

É possível identificar uma constante antropológica no conceito morte, e esta é a ideia de passagem deste mundo para outro, sendo uma fronteira sobre a qual não se tem acesso enquanto vivo, portanto, não se tem como conhecer.

‘Nessa acepção, a morte é situada para além do limiar do inteiramente outro, e se a morte pode ser portadora de algum sentido, como por exemplo aquele celebrado no canto dos poetas ou nos ritos e monumentos funerários, esse sentido só pode se apresentar para os vivos.’ (GIACOIA, 2005, p.14)

Em torno da morte, ao longo dos séculos, foi construída uma rede de símbolos e ritos que facilitava a sua simbolização pelos indivíduos e os fazia

contemplar o fim da vida, embora ininteligível e inacessível, como fator também inevitável e parte do ciclo natural do homem. Este conceito, porém, progressivamente perde espaço para práticas que tendem a isolar a morte do processo vital (VIANA CAMPOS, 2013).

Esse tabu é intitulado por “morte silenciada”, no qual o conceito de morte é removido de circulação social, ficando confinado aos hospitais e instituições de saúde e ganhando conotações de isolamento afetivo, assepsia e negação (VIANA CAMPOS, 2013). Há, portanto, uma desumanização do processo de morte.

A essa ideologia clínica da morte pertence sua subtração do espaço social das vivências domésticas, seu ocultamento no espaço cerrado das enfermarias, a sua retirada do campo de visibilidade e audição (quase já não mais se emprega a expressão ‘grito de agonia’), seu encerramento discreto e velado, na forma silenciosa da morte hospitalar. Dessa experiência está ausente aquela antiga dimensão de sentido, que fazia da morte um ritual de passagem, uma transição para o além, pranteada e exposta nas salas de visita (GIACOIA, 2005, p. 18)

Portanto, quando um paciente se depara com um diagnóstico incurável, não apenas há o peso da palavra ‘morte’, como este também se vê forçado a encarar sua efemeridade, juntamente com questões existenciais antes incabíveis na crença de sua imortalidade inconsciente. A morte torna-se algo, então, que não se deve falar sobre, não se suporta pensar sobre e não se pode imaginar sobre.

Frente a um prognóstico de “impossibilidades”, o sujeito e aquele que o tem como objeto de amor são confrontados com a noção da morte e sentem, acima de tudo, impotência (CASTRO e ARANTES, 2016). Juntamente a esta, muitas vezes ocorre o sentimento de culpa.

Se o sujeito toma a questão do prognóstico da doença, a sua ou a de um familiar, no campo da impossibilidade, isso o coloca em outra posição na vida do que se o faz a partir da impotência. Tomar a questão na via da impotência pode levar à culpa, ao "se eu tivesse feito diferente". (CASTRO-ARANTES, 2016)

Em decorrência da impotência, culpa, medo e angústia, há o desencadeamento de mecanismos de defesa que visam a homeostase psíquica pra que o sujeito não clive egoicamente ⁶ e que o mesmo consiga suportar a realidade sem deterioração psíquica. Um dos mecanismos de defesa mais utilizados em situações como esta (de luto) é a negação. “Tanto os pais quanto as crianças não raro encaram a doença terminal como algo – ‘que vai passar’” (GONÇALVES, 2001).

Segundo Elisabeth Kübler-Ross (1969), a negação é o primeiro de cinco estágios percorridos por aqueles que passam por um diagnóstico de doença terminal. Se vividos de forma saudável, após a negação viria a raiva, barganha, depressão e, finalmente, a aceitação da condição terminal.

Há, porém, aqueles que permanecem em estado de negação, levando a uma descrença na exatidão do diagnóstico e buscando uma reversão do quadro, procurando novas informações médicas com o propósito de ouvir aquilo que gostariam, ou seja, que o sujeito ou aquele a quem ele ama não está gravemente doente de verdade (GONÇALVES, 2001).

Assim, o medo da perda, o medo da passagem, a negação da condição terminal e a culpa podem ser os propulsores necessários para a protelação do processo de morte, como ocorre no caso da distanásia.

O ato médico tem por finalidade acabar com a dor e a indignidade na doença crônica e no morrer, eliminando o portador da dor. A preocupação primordial é com a qualidade de vida humana na sua fase final. A distanásia, por sua vez, se dedica a prolongar a morte como grande e último inimigo (SÁ, 2005, p. 67-68)

⁶ - O ego é a instância psíquica responsável por manter a homeostase (equilíbrio) do aparelho psíquico. No caso de um excesso de estimulação, a tensão do aparelho psíquico aumenta, gerando angústias excessivas. Um dos mecanismos de defesa mais primitivos utilizados nessa situação é a clivagem, ou cisão, em que o ego cinde a realidade, clivando parte do Eu do sujeito de forma que é tornado inviável o contato com o elemento traumatizante (FREUD, 1915) para que a realidade seja suportável e diminua, assim, a tensão no aparelho psíquico.

Assim, com a prática da distanásia, não apenas nega-se a morte, mas também a humanidade, que em séculos passados era própria ao processo de morrer, transformando o sujeito em objeto, escravo da tecnologia (BOMTEMPO, 2012). O cuidar é esquecido e se cai na absolutização da vida biológica, na obstinação terapêutica (Pessini, 1999), esta que não mais visa curar, visto que não é mais possível, e passa a ser apenas um pseudo controle humano sobre a ordem natural da vida.

4. A distanásia e breves considerações quanto a eutanásia e ortotanásia.

Eutanásia, ortotanásia e distanásia são termos relacionados à morte sob supervisão médica, com diferentes níveis de participação do profissional da saúde. No Brasil é vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal, conforme artigo 41 do Código de Ética Médica (resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM, nº 2217/2018). Ainda, dispõe o Código Penal, em seu artigo 122, que o auxílio ao suicídio é conduta típica, com pena de reclusão de seis meses a dois anos (BRASIL, 1940).

Maria Helena Diniz (2008) apresenta que a eutanásia, o suicídio assistido, está além do direito à morte digna, sendo permeada pelo conceito de homicídio, visto ser a vida um bem tutelado em constituição pátria.

Diante das discussões levantadas neste trabalho tal entendimento possui abertura para expansão e modificação, visto que fere o direito do paciente de optar por uma morte à sua maneira, com redução do tempo de dor e sobre a qual o mesmo já refletiu com base em seu entendimento quanto à própria humanidade e desejo de permanecer vivo. Neste sentido elucida Jüngem Habermas que

O Estado ideologicamente neutro, quando composto democraticamente e quando procede a uma política de inclusão, não pode tomar partido numa aplicação “eticamente” controversa dos artigos 1º e 2º da Constituição. [...] Desse modo, a discussão filosófica

pode ficar livre das polarizações ideológicas infrutíferas e se concentrar no tema da autocompreensão adequada e ética da espécie humana. (HABERMAS, 2004).

Nesta esteira, o princípio da autonomia e o objetivo da qualidade de vida com liberdade de autodeterminação são alguns dos principais pontos suscitados por aqueles que defendem o suicídio assistido como morte digna, por considerar que uma vida sem qualidade não vale a pena ser vivida (DINIZ, 2008).

O termo *eutanásia* (*eu*: boa; *thanos*: morte) foi empregado pela primeira vez em 1623, por Francis Bacon na obra *Historia vitae et mortis*, no sentido de boa morte. Platão, em seus *Diálogos*, lembra a respeito à afirmação de Sócrates de que “o que vale não é o viver, mas o viver bem”. (DINIZ, 2008)

Em contraste com a eutanásia, que é o ato de auxiliar ativamente paciente a encerrar a própria vida, há a ortotanásia, a qual consiste na ajuda do médico no processo da morte por meio da suspensão de tratamentos ou medicamentos que aliviam a dor ou prolongam a vida de paciente terminal. Na ortotanásia não se provoca a morte, mas sim há o cessar de atos que prolonguem a vida (DINIZ, 2008).

Acerca da ortotanásia o Conselho Federal de Medicina (CFM) dispõe por meio da resolução nº1.805/2006 que

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou seu representante legal (CFM, 2006).

Este entendimento do Conselho Federal de Medicina tem base no artigo 5º, III da Constituição Federal “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (CF, 1988), podendo ser entendido neste sentido que a obrigação de continuar tratamento de prolongamento de vida fere a autonomia decisória do paciente.

Deste modo, a diferença de tratamento entre a eutanásia e a ortotanásia dá-se pois na primeira o médico ativamente coloca fim à vida do

enfermo, antecipando a morte. Já na segunda, este apenas limita-se a suspender o tratamento que prolongava a vida, sem deixar de prestar os cuidados paliativos necessários e priorizando a morte natural.

Em relação à distanásia será explorada a perspectiva do prolongamento da vida, ou melhor, o prolongamento artificial do processo de morte. Entende-se mais adequado o segundo termo pois não raro a obstinação médica quanto ao desejo de recuperação, sem permitir que o paciente decida pela morte natural, apenas o condena à um definhamento lento e doloroso.

O debate a ser feito sob a luz da bioética, observadas as ressalvas a liberdade de autodeterminação, é justamente quanto ao estabelecimento de limites referentes ao que deve ser empregado para a manutenção da existência, e em quais condições gerais é proveitoso ao ser humano que sua vida seja prolongada. Para Maria Helena Diniz a distanásia, também compreendida como obstinação terapêutica,

(...) é a morte lenta e com muito sofrimento. Trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de 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, por que a cura é impossível, e o benefício esperado é menor que os inconvenientes previsíveis. (DINIZ, 2008)

Os citados inconvenientes e as repercussões da obstinação terapêutica atingem não apenas o paciente em sua esfera pessoal, mas também gera impactos psicológicos no âmbito familiar, como exposto alhures.

Ainda, é interessante traçar uma relação da prática da distanásia com alguns dos princípios bioéticos norteadores consagrados pela Comissão Nacional para Proteção dos Seres Humanos em Pesquisa Biomédica e Comportamental em 1978 (DINIZ, 2008).

A referida comissão foi instituída pelo governo norte-americano após a Segunda Guerra Mundial e tinha como objetivo identificar os princípios

éticos básicos que deveriam ser observados na condução de experimentos bioéticos com seres humanos, bem como desenvolver diretrizes para garantir que as pesquisas desenvolver-se-iam de acordo com os princípios estabelecidos (HHS, 2016). O Relatório (1979) é dividido em três partes: limites entre a prática e a pesquisa, princípios éticos básicos e aplicações. Destaca-se que neste artigo apenas será feita breve exposição quanto aos conceitos aplicáveis à distanásia.

São estabelecidos três princípios gerais: o respeito à pessoa (autonomia), beneficência e justiça. (HHS, 2016).

O princípio da autonomia abarca ao menos duas convicções éticas, primeiro, que os indivíduos devem ser tratados como sujeitos autônomos (entendidos como capazes de deliberar acerca de metas pessoais e de agir sob o direcionamento de suas deliberações) e, em segundo plano, que pessoas com a autonomia diminuída devem ser protegidas (HHS, 2016).

Em relação à distanásia pode-se fazer uma leitura por analogia de modo a requerer que seja respeitada a vontade do paciente de ter o tratamento continuado ou não, reconhecendo assim o domínio deste sobre a própria vida. Decorre deste princípio a exigência do consentimento livre e informado.

O Relatório (1979) trata acerca do consentimento informado em sua terceira parte, referente às aplicações. Estabelece que deve ser dado aos indivíduos a oportunidade de escolher o que deve ou não acontecer a eles, sendo que esta oportunidade é garantida ao providenciar a satisfação de padrões para o consentimento informado, quais sejam a prestação de informações e a garantia de que o paciente compreendeu a situação. Destaca ainda que devem ser estabelecidos os riscos e benefícios, bem como sua natureza (HHS, 2016).

No Brasil, o processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido na assistência médica, considerado o ato de decidir, concordar e aprovar, após a necessária informação e explicações sobre os procedimentos

diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados (CFM, 2016), é orientado no Brasil pelo Conselho Federal de Medicina na recomendação nº 1/2016.

Na área da saúde, a dignidade do ser humano, entre outros princípios, encontra efetividade no esclarecimento, por parte do médico, dos procedimentos a que a pessoa se sujeitará, aos quais a pessoa deve dar seu consentimento, livre de qualquer influência ou vício. É o que se convencionou denominar consentimento livre e esclarecido. [...] O princípio de respeito à autonomia tornou-se, nas últimas décadas, uma das principais ferramentas conceituais da ética aplicada, sendo utilizado em contraposição ao assim chamado paternalismo médico.[...] Assim, o consentimento livre e esclarecido tornou-se prática médica obrigatória, sob o prisma ético e jurídico, pois receber esclarecimento e informação adequados é direito fundamental do paciente, estabelecido no mesmo patamar hierárquico da liberdade, da igualdade e da dignidade humanas. (CFM, 2016)

O consentimento informado pode ser expresso por meio de diretivas antecipadas de vontade – sendo a mais conhecida delas o testamento vital - e representa a possibilidade de o paciente ter uma morte em conformidade com a sua vontade autônoma mesmo caso esteja inconsciente e não possa consentir de forma plena e capaz. (OLIVEIRA, 2019).

As diretivas antecipadas de vontade são tratadas pelo Conselho Federal de Medicina na resolução nº 1.1995/2012, e definidas como “o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” (CFM, 2012), sendo estabelecido no artigo 2º, § 3º que devem prevalecer sobre os desejos dos familiares e sobre qualquer outro parecer não médico.

Caso o profissional da saúde desrespeite a vontade do paciente, expressa em diretiva antecipada de vontade, este pode ser responsabilizado civilmente por eventual dano causado, conforme previsões dos artigos 15 e 927 do Código Civil brasileiro (2015).

Assim, a autonomia aplica-se à distanásia ao passo em que eventual decisão de ter ou não a vida - ou a morte - prolongada (tomada após

conhecimento dos detalhes de sua situação médica) deve ser respeitada pelo médico.

Já a beneficência está intimamente atrelada à um quarto princípio não explicitado no Relatório (1979), o da não-maleficência. Estes referem-se à busca pelo bem-estar do paciente, evitando quaisquer danos (DINIZ, 2008). Este quarto princípio foi

(...) acrescentado pelo Livro *Principles of Biomedical Ethics* de T. Beauchamp & J. Childress (1979), considerado o texto de referência da corrente bioética conhecida como principlism (“principlismo”), que é, de fato, especificação da ética contida no Relatório Belmont, onde diz que “ao evitar o dano intencional o indivíduo já está, na realidade, visando o bem do outro” (MARELLI, 2013)

A beneficência refere-se ao tratamento ético não apenas ao respeitar as decisões do paciente e protegendo-o de danos, mas também ao efetuar esforços para garantir seu bem-estar, sendo entendida como uma obrigação para com os indivíduos envolvidos (HHS, 2016).

No tocante à distanásia, mais do que uma análise superficial quanto a ideia de maleficência da morte, o médico deve avaliar se os tratamentos utilizados podem trazer mais benefícios do que danos ao paciente, promovendo sua qualidade de vida.

Pode ser feita uma ponte ainda com o exposto acerca da máxima Hipocrática do “não causar dano” - que há muito tempo tem sido um princípio fundamental da ética médica – pois no processo de evitar o dano é necessário aprender o que é danoso, e neste processo pessoas podem ser expostas ao risco do dano. O problema destes imperativos é quanto a decisão de quando é justificada a busca por certos benefícios independentes dos riscos envolvidos, e quando os benefícios devem ser abandonados devido aos riscos (HHS, 2016).

O Relatório (1979) trata acerca da pesquisa científica com seres humanos, contudo, é adequado à distanásia pois levanta a necessidade de se pesar os riscos e benefícios da prática, bem como indica que as diferentes

posições que podem clamar estarem baseadas no princípio da beneficência podem gerar um conflito e forçar a tomada de difíceis decisões (HHS, 2016).

Por fim, o terceiro princípio apontado no Relatório (1979) é o da justiça, e estabelece que uma injustiça ocorre quando um benefício ao qual um indivíduo faz jus lhe é negado sem boa razão, ou quando lhe é inferido dano indevidamente (HHS, 2016).

Segundo Maria Helena Diniz (2008), este princípio é expressão da justiça distributiva e exige uma relação equânime entre os benefícios, riscos e encargos do serviço de saúde e os pacientes.

Aplica-se ao tema tratado neste artigo pois ao praticar a distanásia contra o explícito desejo do paciente está sendo ferido o princípio da justiça, ao passo que está sendo infringido ao paciente o prolongamento doloroso de sua morte, lhe sendo negado o direito à vida digna e à saúde, obrigando indevidamente o indivíduo a suportar as mazelas prolongadas que acompanham o processo de morte. No mais, no que concerne a gastos públicos, pode ser feita analogia e estender o entendimento para a injustiça na utilização de recursos do Estado (no caso de utilização do Sistema Único de Saúde – SUS) para prolongamento da morte, nos moldes já trabalhados.

Na prática da medicina o profissional deve zelar pela aplicação dos princípios da bioética acima destacados e evitar o dano desnecessário a paciente terminal. Contudo, a maioria dos médicos ainda hoje não está preparada para lidar com a morte, pois o médico associa a morte do paciente ao fracasso. (REIS e VIANA, 2016).

Esta ideia de fracasso decorrente da morte pode ser explicado pois, como já explorado alhures, a morte é tida como um inimigo a ser combatido (SÁ, 2005). Portanto, quando os esforços médicos para curar são insuficientes, a sensação que fica é de fracassar na luta. São sentimentos de derrota, vergonha e ruptura biográfica - o momento em que os profissionais se deparam com a iminência da cessação da vida é considerado terrível (NASCIMENTO et al, 2006)

Na prática psicológica o mesmo teor de dignidade, zelo e ética pela vida deve ser mantido - justamente por isso que a distanásia se torna algo incabível, pois mantém o sujeito em sofrimento através de uma terapêutica ineficaz e insuficiente (TORRE, 2011). Ao considerar a morte biológica como sinônimo de fracasso, apenas a vida orgânica do paciente é considerada, sendo em muitos casos conservada sem saúde.

Tem-se assim que manter o organismo funcionando mas não se preocupar com a saúde psíquica do paciente, especialmente este que está psicologicamente em constante angústia devido a morte eminente, é incondizente para com uma vida de qualidade. Estender o processo de morte é estender o processo de negação, medo e sofrimento devido a um luto e uma aceitação de sua atual condição que são impossibilitados de acontecer.

5. Considerações Finais

O direito à vida é tutelado tanto pelo direito interno quanto internacional, fundamentando os demais direitos humanos. Entretanto, isto não significa que é uma garantia absoluto, pois devem ser sopesados outros aspectos da vivência humana, como o direito à saúde e dignidade. Em contrapartida ao conceito de vida, através da perspectiva psicanalítica, tem-se que a percepção humana da morte é primordialmente de negação e de tabu, fazendo com que o morrer seja pouco falado, trabalhado ou sentido, gerando angústias sem vazão e, desta forma, sofrimento ao paciente terminal.

A distanásia é a prática do prolongamento desarrazoado do processo de morte sob supervisão médica, a qual faz uso de terapêuticas insuficientes e sendo movido muitas vezes pela necessidade de preservar a vida orgânica do sujeito pelo maior período de tempo, desconsiderando seu bem estar psíquico e a dignidade inerente à vida humana.

Nem o paciente nem os que lhe querem bem são possibilitados a passar pelo processo saudável de luto, visto que na distanásia o paciente não

elabora a sua condição enquanto doente terminal e aqueles a sua volta também a negam ao prolongarem o processo de morte mesmo sabendo que uma cura é impossível.

No mais, foi possível concluir que a dignidade humana tem grande peso na discussão referente à eticidade da distanásia, solucionando a questão quanto à vida ser um direito ou um dever. Deve o ser humano fazer uso de todas as técnicas disponíveis para manter-se vivo, mesmo que não viva com dignidade e qualidade? É ética a atuação médica que mantém indefinidamente uma vida em constante sofrimento?

E a resposta a qual foi possível chegar após o estudo realizado foi que não é ética a manutenção artificial da vida, contra a vontade do paciente, que não possa ser vivida com o gozo dos demais direitos humanos. Infere-se que a prática do processo de morte, (muitas vezes dolorosa física e psiquicamente) como no caso da distanásia, é uma prática médica condenável e que deve ser evitada, visto que apenas estende o sofrimento do paciente e torna a morte ainda mais penosa não apenas para ele, mas para todos aqueles à sua volta.

Referências

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 25 fev. 2021.
- _____. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em 02 mar. 2021.
- BOMTEMPO, T. (2012, Agosto 02). <http://tex.pro.br/tex/>. Disponível em: <http://tex.pro.br/tex/listagem-de-artigos/362-artigos-ago-2012/8721-a-ortotanasiae-o-direito-de-morrer-com-dignidade-uma-analise-constitucional>. Acesso em: 02 mar. 2021.
- BUENO, Silveira. 1898-1989. **Silveira Bueno: minidicionário da língua portuguesa / Silveira Bueno**. - 2ª.ed. São Paulo. FTD, 2007.
- COELHO JR., Nelson Ernesto. **A noção de objeto na psicanálise freudiana**. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 37-49, Dec. 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982001000200003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 Feb. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de ética médica**. Resolução nº22 17 DE 27/09/2018. Brasília. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2021.

_____. **Recomendação CFM nº1/2016, de 21 de janeiro de 2016**. Brasília. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf. Acesso em: 07 mar. 2021.

_____. **Resolução n. 1.805/2006, de 9 de novembro de 2006**. Diário Oficial da União. Brasília, Seção I, p. 169, 28 nov. 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 02 mar. 2021.

_____. **Resolução CFM nº 1.995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, DF: CFM, 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 07 de mar. 2021.

_____. **Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019 do órgão: Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais/Conselho Federal de Medicina..** Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370>. Acesso em: 02 mar. 2021.

COSTA, C.S.; DUARTE, H.G. **Direito à vida e distanásia: por um apontamento democrático**. Revista Vox. Revista da Faculdade de Direito e Ciências Sociais do Leste de Minas – Reduto/MG. Edição n.02, julho-dezembro 2015, p. 01-10 ISSN: 2359-5183. Disponível em <http://www.fadileste.edu.br/revistavox/ojs-2.4.8/index.php/revistavox/article/view/82>. Acesso em 24 de fev. 2021.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. Maria Helena Diniz - 5ª ed. rev. aum. e atual. São Paulo: Editora Saraiva, 2008.

FREUD, Sigmund (2006). **As pulsões e suas vicissitudes**. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 126-144)*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1915)

_____. **Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)**. in Freud S., *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 12)*. Rio de Janeiro: Imago Editora (Trabalho original publicado em 1913)

GIACOIA JUNIOR, O. **Death conceptions through the times**. Medicina (Ribeirão Preto) 2005; 38: 13-19. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/418/419>. Acesso em 22 de fev.2021

GOMES, Luiz Flávio. **Comentários à Convenção Americana sobre direitos Humanos: Pacto de Sna José da Costa Rica / Luiz Flávio Gomes, Valério de Oliveira Mazzuoli**. - 3.ed. rev., atual e ampl - São Paulo: editora Revista dos Tribunais, 2010.

GONÇALVES, Mônica de Oliveira. **Morte e castração: um estudo psicanalítico sobre a doença terminal infantil**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 21, n. 1, p. 30-41, Mar. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000100004&lng=en&nrm=iso. access on 20 Fev. 2021.

HABERMAS, Jürgen. **O Futuro da Natureza Humana. A caminho da eugenia liberal?** Trad. Karina Jannini. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

HOPPE, Francisco Osvaldo Martins. **Um estudo comparativo sobre o tratamento dispensado pelo legislador penal no caso do aborto sentimental, a valoração e capacidade do consentimento com a disponibilidade de vida no estudo da eutanásia**. *Revista dos tribunais*. São Paulo, v. 96, nº 858, abril 2007. p. 468.

KUBLER-ROSS, E. **On death and dying**. New York: Scribner; 1969.

MARELLI, Leticia Franco. Relatório de Belmont (1978) Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 08 mar 2021. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/34256/relatorio-de-belmont-1978> . Acesso em: 08 mar 2021.

MICHAELIS. 2015. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Editora Melhoramentos Ltda. ISBN: 978-85-06-04024-9. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/vida>. Acesso em 24 de fev.2021

NASCIMENTO Domingues, SILVA Carlos Alberto, SILVA Mineya, PEREIRA Manoel. **A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos**. *Rev RENE* 2006;7(1):52-60

OLIVEIRA, Leopoldo Luis Lima. O novo Código de Ética Médica e o respeito ao consentimento informado e esclarecido dos pacientes. *Revista Jus Navigandi*, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 24, n. 5803, 22 maio 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/74075>. Acesso em: 7 mar. 2021.

POLLOCK, G. H. **Mourning and adaptation**, in *Essential papers on object loss*, FRANKIEL, R. (org.), Nova York, New York University Press, 1994.

REIS, Julianna Moreira., VIANA, Alice Pompeu. **DISTANÁZIA: ENTRE O PROLONGAMENTO DA VIDA E O DIREITO DE MORRER DIGNAMENTE**. *Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais*. e-ISSN: 2526-0111 | Curitiba | v. 2 | n. 2 | p. 270 -288 | Jul/Dez. 2016. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/1643/2125> . Acesso em 02 mar. 2021.

SÁ, M. F. F. **Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido**. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

TORRE, J. H. (2011). **Ortotanásia não é homicídio nem eutanásia**. In R. D. Moritz, *Conflitos Bioéticos do Viver e do Morrer* (pp. 157-186). Brasília: Conselho Federal de Medicina CFM.

U.S DEPARTAMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES - HHS. **THE BELMONT REPORT. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research**. Abril de 1979. Disponível em: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html> . Acesso em 08 mar. 2021.

VERNANT,JP.(1982). **Mort grecque mort à deux faces**. In: *L'Individu, La Mort, L'Amour. Soi-Même et L'Autre en Grèce Ancienne*. Paris: Gallimard.

Artigo recebido em: 10/03/2021.

Aceito para publicação em: 10/08/2021.