



ISSN: 2674-8584 Edição Extra- 2023

MISTANÁSIA, ORTOTANÁSIA, DISTANÁSIA E EUTANÁSIA NO BRASIL

GUIMARÃES, Carolina Siqueira ¹
SOUZA, Clara Izidorio de ²
BASTOS, Isabella da Silva ³
SANTOS, Júlia Silva ⁴
GODOY, Mariana Cristina Silva ⁵
SOUZA, José Helvecio Kalil de ⁶
KALIL, Ivana Vilela

RESUMO

Sabe-se que o processo de morte ainda é temido por muitas pessoas, seja por medo, por insegurança e/ou por desconhecimento. Por essa razão, a morte de pacientes em estado irreversível gera aos familiares e ao indivíduo sofrimento, e, por isso, é necessário, com adoção de métodos paliativos ou de obstinação terapêutica, a importância de sempre trazer dignidade ao paciente doente e promover a sua autonomia no processo hospitalar. A saber, o presente artigo visa esclarecer além dos conceitos, alguns aspectos éticos e bioéticos acerca da temática citada no título.

Palavras-chave: Obstinação terapêutica; Mistanasia; Cuidados paliativos.

ABSTRACT

It is known that the death process is still feared by many people, whether due to fear, insecurity and/or ignorance. For this reason, the death of patients in an irreversible state generates suffering for family members and individuals, and therefore it is necessary, with the adoption of palliative methods or therapeutic obstinacy, the importance of always bringing dignity to the sick patient and promoting their autonomy in the hospital process. Namely, this article aims to clarify beyond the concepts, some ethical and bioethical aspects about the theme mentioned in the title.

Keywords: Therapeutic obstinacy; Mistanasia; Palliative care.

¹Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Minas – BH;

²Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Minas – BH;

³Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Minas – BH;

⁴Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Minas – BH;

⁵Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Minas – BH;

⁶Professor orientador: graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais e especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela FEBRASGO, Belo Horizonte – BH, novembro de 2020.

INTRODUÇÃO

Ao se tratar de ortotanásia, distanásia, mistanásia e eutanásia algumas concepções devem ser levadas em consideração, tendo em vista que todos os quatro termos citados abrangem ou a abreviação da vida de um paciente ou o prolongamento da vida do paciente, sendo que este pode encontrar-se em estado terminal ou em situação de vulnerabilidade social – a depender do conceito, que vale ressaltar, pode ser legal ou não no Brasil.

Com o avanço tecnológico, a Medicina passou por profundas modificações ao longo do século XX. As conquistas na área médica, sobretudo nas áreas cirúrgica, terapêutica, de anestesia e de reanimação e no campo da tecnologia têm originado melhoras significativas na saúde, em relação ao controle ou à eliminação de doenças, o que torna cada vez mais raros os casos de morte natural. O fato é que, esses avanços na Medicina têm proporcionado uma melhoria na qualidade de vida das pessoas, principalmente nas sociedades em países desenvolvidos face a uma progressiva diminuição da mortalidade. Por outro lado, essa sobrevida maior decorre do prolongamento desnecessário e de tratamentos injustificáveis, com a obstinação terapêutica a qualquer custo.

MATERIAL E MÉTODOS

Para a construção deste trabalho acadêmico, artigos e achados eletrônicos foram utilizados, ambos encontrados nas bases de dados SciELO e Google Acadêmico, no período de 2006 a 2020.

DESENVOLVIMENTO

A palavra mistanásia vem do grego mis (infeliz) e thanaos (morte). É um termo usado para se referir a morte de pessoas, muitas vezes excluídas socialmente, sem alguma assistência de saúde, e caso tenham, de forma precária. São indivíduos que normalmente não possuem condições financeiras para custear tratamentos da própria saúde, como a medicina

supletiva, ficando dependentes da prestação de assistência pública que enfrenta diversos problemas, sendo os principais a sobrecarga de indivíduos que solicitam o acesso a esse serviço além do investimento financeiro não ser o suficiente para suprir essa demanda. A Constituição da República Federativa do Brasil afirma, em seu artigo 196, que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos”; ou seja, o acesso a saúde, ancorado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), deve reger a universalidade e a equidade. Entretanto, não são poucas as vezes que noticiários reportam casos em que o cidadão, ao procurar serviços de atendimento primário, secundário ou terciário, no setor público, não é atendido de forma adequada, gerando consequências negativas à saúde desse indivíduo, e, em casos extremos, a sua morte. Muitos profissionais da saúde na rede pública também possuem dificuldades nesse âmbito: por vezes prestam serviços exaustivos, tanto físico quanto psicológico, perante a falta de infraestrutura e de materiais nos locais de trabalho, o que acaba obrigando muitos deles a tomarem decisões cruéis sobre qual paciente terá um melhor atendimento e, assim, a vida mais prolongada, situação que também se verifica a mistanásia.

Além disso, há um efeito imediato da pandemia nas comunidades e populações vulneráveis, em que o isolamento social é difícil de ser concretizado, seja pelo fato de poucos possuírem emprego compatível com o trabalho remoto, seja pela necessidade de transportes públicos para deslocamentos, e assim, torna-se quase inevitável a contaminação de muitos desses indivíduos. Essa maior exposição a fatores de risco somada a um acesso limitado a serviços de saúde (a maioria é dependente exclusivamente do SUS), configura quadros lamentáveis, como o idoso de 70 anos, com suspeita de COVID19, que faleceu na cadeira de recepção de um hospital do Rio de Janeiro, após esperar por sete dias por um atendimento. Esse relato demonstra a dificuldade de se adquirir exames rápidos, além de leitos disponíveis para atender a demanda dessa população mais carente. As diferenças nos dados de saúde durante a pandemia (calculada a partir dos dados de 24 de maio 2020, da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto e Voz das Comunidades) tornam -se mais evidentes ao analisarmos a letalidade da COVID-19 na população residente em favelas no município do Rio de Janeiro (24%) e a letalidade para a cidade do Rio, incluindo residentes em aglomerados urbanos (12%), mostrando que há uma disparidade de mortes que está relacionada com a condição social e financeira do indivíduo. Apesar de notificações recorrentes acerca dessas mortes, ainda há uma certa omissão do Estado perante a esse fator, uma vez que medidas implantadas no setor da saúde até o presente momento não foram

eficazes para reduzir de forma notória o número de óbitos por falta de um atendimento de saúde adequado, tornando necessário um maior destino financeiro para esse setor, pois, além de garantir o direito à saúde para os cidadãos previsto pela instituição, também afirmará a dignidade profissional aos médicos, enfermeiros e toda a equipe de saúde. Também são importantes medidas de fiscalização e punição de gestores pela má administração de verbas públicas destinadas à saúde além de abordagens importantes para minimizar tal quadro em populações mais carentes. Portanto, os direcionamentos tomados pela iniciativa pública devem buscar, além de soluções individuais para resolução do problema, fortalecer políticas públicas que enfrentam as desigualdades, atendendo às necessidades da população de uma forma mais justa no sentido de assegurar a atenção ao direito básico da saúde efetivamente para todos.

Sob outro viés, tem-se a ortotanásia. Este é um termo médico que consiste a um processo de não submissão a um paciente terminal a procedimentos invasivos que adiem a morte do indivíduo focando em procedimento paliativos de controle da dor e entre outros sintomas ate o momento da morte do paciente podendo ser autorizado apenas pelo paciente ou familiares. Segundo a justiça brasileira a prática da ortotanásia não encontra impedimento legal, porém, já teve foi impedida por uma liminar solicitada pelo Ministério Público Federal pela falta de conhecimento comum da população, mas, atualmente a pratica é liberada. A pratica só será impedida se houver previsão legal que a impeça. Segundo a visão legal não há descobrimento da lei em nenhum desses artigos: “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” prevista no artigo 5º da Carta Magna, no código penal previsto no artigo 121, também não descumprimento no artigo 4º do código penal e no direito a vida garantido pela Constituição Federal de 1988.

O presidente do Conselho Federal de Medicina diz que "[...] prima pela modernidade no que diz respeito a princípios como o da autonomia, o da beneficência, o da não maleficência, o da justiça, o da veracidade, o da transparência e o da compaixão" além de inserir a classe médica em questões sociais no que se refere à saúde pública.", sendo então aprovado e entrando em vigor no dia 13 de abril de 2010 através do Código de Ética Médica passando ao médico o cumprimento de dever de informar ao paciente dando liberdade ao paciente e aos familiares a tomarem a decisão sendo então aprovado pelo Conselho Federal de Medicina através da regulamentação do artigo 41 que diz "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."

Outro termo relacionado ao processo de morte é a distanásia. Este consiste em aplicar técnicas, isto é, meios artificiais, para uma tentativa de prolongar a vida do paciente que está em estado terminal, processo conhecido também por obstinação terapêutica. Essa obstinação, que mantém relação com os cuidados paliativos, já que ambos estão relacionados ao final da vida, pode acabar por reduzir a qualidade de vida do paciente, em tentativas que possam causar dor e sofrimento ao paciente. Em relação aos termos de dor e sofrimento, ambos, apesar de muito confundidos pela maioria das pessoas, são diferentes. A dor, de acordo com a definição proposta pela Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) é uma "Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano". Já no sofrimento, um sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça à autointegridade é sentido pelo paciente. Posto isso, um paciente em que está sendo empregado a distanásia, pode não estar sentindo dor, devido às adaptações e técnicas médicas terapêuticas, mas pode estar em processo de sofrimento profundo, o que, frisando o que já foi dito acima, reduz a sua qualidade de vida, não importando mais a quantidade. Por fim, deve ser levantado que o paciente terminal é quem deve escolher onde quer passar a última fase de sua vida (adoecimento e morte) e isso deve ser respeitado a fim de garantir sua dignidade e o princípio da autonomia.

O último termo abordado é a eutanásia. Esta é o ato intencional de proporcionar a alguém uma morte indolor para aliviar o sofrimento causado por uma doença incurável ou dolorosa. A eutanásia é considerada um suicídio assistido. Um ato de vontade própria e individual do enfermo. Seria o direito de escolha individual à vida: a liberdade do sujeito que sofre em determinar se sua vivência é justificada seja pelas suas crenças, vontade individual, ou por simples compaixão por aqueles que seriam atingidos pela sua morte. Ela pode ser classificada de três formas diferentes, já que a abreviação do momento da morte pode ocorrer de distintas formas, em relação ao ato em si, de acordo com uma distinção já clássica. A primeira, conhecida como "eutanásia ativa" é o ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins humanitários (como no caso da utilização de uma injeção letal). A segunda, conhecida como "eutanásia passiva", é quando a morte ocorre por omissão em se iniciar uma ação médica que garantiria a perpetuação da sobrevivência (por exemplo, deixar de se acoplar um paciente em insuficiência respiratória ao ventilador artificial). Por fim, a terceira definição possível é a "eutanásia de duplo efeito", quando a morte é acelerada como consequência de

ações médicas não visando ao êxito letal, mas sim ao alívio do sofrimento de um paciente (por exemplo, emprego de uma dose de benzodiazepínico para minimizar a ansiedade e a angústia, gerando, secundariamente, depressão respiratória e óbito). Outras classificações que levam em conta não só as consequências do ato, mas também o consentimento do paciente. Neste caso, tem-se a eutanásia voluntária ou a eutanásia involuntária. A primeira delas atende uma vontade expressa do doente – o que seria um sinônimo do suicídio assistido. Já a eutanásia involuntária ocorre se o ato é realizado contra a vontade do enfermo – ou seja, sinônimo de "homicídio".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, percebe-se que a discussão em torno da concepção sobre o que se caracteriza uma morte digna e sobre os aspectos éticos envolvidos na terminalidade da vida possui diversas nuances. Por vezes, as práticas abordadas confrontam-se com questões morais, religiosas, culturais e, até mesmo, socioeconômicas. Ademais, os princípios da sacralidade da vida e do respeito à autonomia são elementos que permeiam as discussões morais acerca do fim da vida. Nesse sentido, o respeito à autonomia da pessoa pressupõe livres escolhas dos sujeitos, permitindo e enfatizando o respeito à liberdade de escolha da pessoa e a dignidade da pessoa humana, incluindo aspectos que abarcam a morte. Desse modo, independente da maneira a qual haja o término da vida, a dignidade da pessoa humana apresenta-se como um dos fundamentos basilares, devendo ser respeitada e protegida, já que a qualidade de vida garantida ao ser humano é um pressuposto que deve não só incluir seu nascimento, mas também os momentos que antecedem sua morte.

REFERÊNCIAS

- I. LAVOR, Francisco Paula Ferreira. Mistanásia: uma breve análise sobre a dignidade humana no Sistema Único de Saúde no Brasil. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/68102/mistanasia-uma-breve-analise-sobre-a-dignidade-humana-no-sistema-unico-de-saude-no-brasil>. Acesso: 5 de outubro de 2020.
- II. SANTOS, Roberta Lemos dos te al (2020). Mistanásia hoje: pensando as desigualdades sociais e a pandemia COVID-19. Disponível em:

- https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/mistanasia_hoje-_pensando_nas_desigualdades_sociais_e_a_pandemia_covid-19_doi_.pdf. Acesso: 5 de outubro de 2020.
- III. MARTINS, Carlos Eduardo. “Ordenamento jurídico brasileiro aceita ortotanásia” (2013). Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2013-set-17/carlos-martins-ortotanasia-aceita-nosso-ordenamento-juridico>. Acesso em: 06 de outubro de 2020
- IV. AMORIM, Ricardo. “O novo Código de Ética Médica e o direito à morte digna” (2010). Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/17381/o-novo-codigo-de-etica-medica-e-o-direito-a-morte-digna>. Acesso em: 06 de outubro de 2020
- V. ROMANO, Bellkiss Wilma; WATANABE, Cintia Emi; TROPPEMAIR, Sabine. Distanásia: vale a pena?. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 2, p. 67-82, dez. 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2020.