

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

FACULDADE DE MEDICINA

CAMILA FARIAS MOTA

A PENA DE MORTE SOB A PERSPECTIVA MÉDICA

MACEIÓ

2019

CAMILA FARIAS MOTA

A PENA DE MORTE SOB A PERSPECTIVA MÉDICA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a coordenação do curso de
Medicina da Universidade Federal de
Alagoas

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ

2019

TANATOLOGIA

Desmistificando a Morte e o Morrer

———— Gerson Odilon Pereira ————



sarvier

TANATOLOGIA

DESMISTIFICANDO A
MORTE E O MORRER

TANATOLOGIA
DESMISTIFICANDO A MORTE E O MORRER

GERSON ODILON PEREIRA

Capa

Ana Carolina Vidal Xavier

Foto capa

Death and the miser. Oil painting by Frans II van Francken

Fotolitos/Impressão/Acabamento

Editora e Gráfica Santuário Aparecida

Fone: (12) 3104-2000

Direitos Reservados

Nenhuma parte pode ser duplicada ou reproduzida sem expressa autorização do Editor

sarvier

Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda.
Rua dos Chanés 320 – Indianópolis
04087-031 – São Paulo – Brasil
Telefone (11) 5093-6966
sarvier@sarvier.com.br
www.sarvier.com.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pereira, Gerson Odilon

Tanatologia : desmistificando a morte e o morrer /
Gerson Odilon Pereira. -- São Paulo : SARVIER, 2020.

ISBN 978-85-7378-274-5

1. Cuidados paliativos 2. Doentes em fase
terminal – Cuidados 3. Morte – Aspectos filosóficos
4. Morte – Aspectos morais e éticos 5. Morte –
Aspectos psicológicos 6. Morte – Aspectos religiosos
7. Morte – Causas 8. Tanatologia I. Título.

CDD-155.937

19-30764

-612.67

Índices para catálogo sistemático:

1. Tanatologia : Morte : Aspectos psicológicos
155.937
 2. Tanatologia : Morte : Ciências médicas 612.67
- Cibele Maria Dias – Bibliotecária – CRB-8/9427

Sarvier, 1ª edição, 2020

A Pena de Morte sob a Perspectiva Médica

Camila Farias Mota
Felipe Dias dos Santos

O temor social e a ênfase dada pela mídia de massa aos crimes violentos incentivam o público a vê-los como um problema mais grave do que realmente está posto. Na história recente, vários argumentos têm sido expostos no debate público pró e contra a pena de morte, a citar, seu funcionamento como fator impeditivo a atos criminosos; um meio de fazer justiça atenuando o instinto de vingança social; a efetivação do sentimento popular de merecimento da morte daqueles que violaram o direito à vida da espécie humana. Os argumentos contrários dão enfoque na visão de que ela contraria o direito à vida, determinado em declarações de direitos humanos. Além disso, argumenta-se que é imoral e viola os princípios religiosos atuais; tem caráter cruel, desumano e degradante; tem tendência a atingir minorias; é penalidade irrevogável; é um empecilho na aplicação da criminologia contemporânea e usa da violência para lidar com os problemas da sociedade (KASTRUP, 1988).

Médicos e outros profissionais de saúde presenciaram e atuaram em execuções oficiais durante séculos. Como exemplo, a guilhotina foi inventada no contexto da Revolução Francesa (1789) por um médico que se opôs à pena de morte e pensou nela como método mais humano de matar, guiado por princípios humanitários que possibilitassem uma morte justa (KASTRUP, 1988). Joseph-Ignace Guillotin propôs penas iguais para crimes iguais e, após dois anos de debate, a proposta foi aceita, e outro médico, Antoine Louis, desenvolveu a arma, que viria a ser conhecida como símbolo da repressão revolucionária (ARASSE, 1989). Um século depois, nos Estados Unidos da América (EUA), uma comissão formada por médicos se opôs à execução por enforcamento porque frequentemente prolongava o sofrimento e fez recomendações de formas mais humanas de matar, favorecendo a eletrocussão (KASTRUP, 1988).

Quando surgiu, em 1890, nos EUA, ela foi exibida como um método moderno e eficaz para substituir aqueles considerados menos civilizados, a saber, o enforcamento, que infligia muito sofrimento. Apesar disso, a solução elétrica causava cenas de horror, em que condenados eram queimados durante o procedimento, muitas vezes diante de testemunhas, que desmaiavam, vomitavam ou evadiam-se da sala de execução em pânico (BRANDON, 2009). As câmaras de gás surgiram como alternativa à cadeira elétrica, tendo o primeiro uso aprovado em 1921 nos EUA. O procedimento para a produção do gás letal envolve uma mistura de cianureto de sódio e uma solução contendo água e ácido sulfúrico. Na época de sua introdução, os médicos peritos foram unânimes em afirmar ser um método rápido e indolor, considerando-o como a forma

mais misericordiosa já inventada, por causar a morte instantânea durante o sono. Todavia, as câmaras de gás logo foram contestadas, uma vez que algumas testemunhas relataram ter percebido sinais de sofrimento como movimentos rápidos e alternados da cabeça, sialorreia, gemidos e ofegação (DENVER; BEST; HAAS, 2008).

A adoção da injeção letal refletiu mais que um avanço tecnológico. Na década de 70, o médico Dr. Stanley Deutsch, anestesiolista e chefe do departamento da universidade de Oklahoma, foi contatado por um senador do Estado preocupado com os custos envolvidos na execução por cadeira elétrica. A solução apontada por Deutsch foi uma injeção letal composta por várias drogas, a saber, tiopental sódico (para indução do sono), brometo de pancurônio (paralisia muscular) e cloreto de potássio (parada cardíaca). A injeção letal foi considerada, à época, procedimento mais humano já desenvolvido e a ideia de prisioneiros sem dor, sendo punidos com uma morte indolor, soou melhor que pendurá-los com uma corda no pescoço, aplicar-lhes choques elétricos poderosos em uma cadeira ou fornecer-lhes gás tóxico para inalação. Entretanto, queixas de que a injeção letal não configura método indolor logo surgiram. O jornal médico britânico “The Lancet” publicou um estudo de Koniaris (2005), o qual revelou que a anestesia usada nas injeções letais não passava por teste ou supervisão médica adequada e relatou que 88% dos prisioneiros executados em 4 Estados norte-americanos receberam níveis de anestesia menores que aqueles requeridos para procedimentos cirúrgicos. Em resposta às críticas houve mudanças nos procedimentos da injeção letal, entre elas a exigência da prova de inconsciência causada pela anestesia que passou a ser obtida com monitoramento via eletroencefalograma (EEG). No entanto ainda há controvérsias devido ao risco de indução de morte por asfixia do método (DENVER; BEST; HAAS, 2008).

Os pontos críticos acerca do uso da injeção letal variam desde a composição do coquetel de drogas até o melhor sítio anatômico para introduzi-las no organismo. Relatos de sedação insuficiente em cirurgias eletivas que cursaram com dor intensa e impossibilidade de se comunicar, expõem a fragilidade do método. A dor pode ser indetectável e isso sugere que não há maneira humanizada para executar um indivíduo. De fato, críticos argumentam que a injeção letal pode ser ainda mais obscena porque fornece uma ilusão de um método humano de matar. Outra questão é o local de inserção do acesso venoso, que pode ser particularmente difícil em usuários de drogas, bem como naqueles com porte físico exuberante. Em 1988, durante uma execução no Texas, houve um atraso de 40 minutos devido ao fato de o condenado ter porte físico atlético, o que causou uma alta pressão contrária ao fluxo da injeção letal. Como resultado, a solução esguichou pelo ar através da câmara de morte na direção das testemunhas. Recentemente, em 2006, outro caso de enorme repercussão foi a execução de Angel Diaz. Durante a inoculação do tiopental, a primeira droga do protocolo, houve vazamento da solução que causou queimaduras de segundo grau nos braços de Diaz. As testemunhas da execução relataram que Diaz se movia ao longo do procedimento, revelando uma expressão de dor e parecia falar no início, mas não podia ser ouvido porque havia uma parede de vidro como separação (DENVER; BEST; HAAS, 2008).

O protocolo de execução atual para a pena de morte por injeção letal determina que inicialmente seja inserido um acesso intravenoso que pode ser periférico (braços, pernas, mãos ou pés) ou central (pescoço, peito ou região inguinal). Solução salina deve ser então injetada para confirmar a viabilidade do acesso. Em seguida, um barbitúrico (tiopental ou pentobarbital sódicos) é administrado e sucedido por mais solução salina. Após no mínimo três minutos do início da infusão do barbitúrico, e depois de confirmada a inconsciência do condenado, é injetado brometo de pancurônio seguido de solução salina. E, finalmente, injeta-se cloreto de po-

tássio. Se o eletrocardiógrafo, fixado ao tórax, demonstrar atividade elétrica, administra-se mais cloreto de potássio (LITTON, 2013).

Tem-se cogitado a eliminação do brometo de pancurônio e do cloreto de potássio do protocolo, escolhendo-se a execução com a superdosagem de barbitúrico, o que elimina o risco de sufocação e dor torturante. A troca de protocolo pode afetar a análise ética da participação médica. No protocolo de três drogas, o médico participa não para matar, mas para garantir a administração adequada da anestesia. Todavia, com o protocolo de uma droga, a distinção entre administrar anestesia e a droga letal não fica clara. Em litígios constitucionais, condenados no corredor da morte têm requerido envolvimento de médico ou profissional da área da saúde bem treinado devido a risco de sofrimento durante o procedimento de execução. Um anestesiológico bem treinado terá experiência e expertise em preparação de drogas, inserção de cateter, administração da droga e monitorização de consciência (LITTON, 2013). Farber et al. (2000; 2001), em série de entrevistas a médicos norte-americanos, verificaram que uma grande parcela apoia a punição capital e obtiveram ainda que 43% dos médicos entrevistados expressaram disposição para realizar vários aspectos da injeção letal expressamente não permitidos pela American Medical Association (AMA) e 17% estavam dispostos a administrar as drogas letais eles mesmos (ZIMMERS; LUBARSKY, 2007).

A despeito do juramento de Hipócrates, os médicos, na realidade, têm uma longa história de envolvimento na execução tutelada pelo Estado. Os médicos construíram o atual protocolo de injeção letal e têm ajudado a implementá-lo em diferentes níveis (ZIMMERS; LUBARSKY, 2007). A AMA se opõe abertamente aos médicos que diretamente aplicam as injeções letais, e, em 1980, adotou uma política contra doutores participantes em execuções autorizadas legalmente na qual especificamente proíbe aconselhamentos acerca das drogas de escolha, monitorização dos sinais vitais durante o procedimento ou presença durante uma execução (DENVER; BEST; HAAS, 2008). A aparência clínica, o uso de drogas e a sugestão de uma morte sem dor são indiscutivelmente responsáveis pela percepção pública da injeção letal como método de execução humanizado, o que é refletido no estudo de Farber et al. (2000;2001) que revelou apoio de 64% dos norte-americanos à pena de morte para homicidas. Desde 1977 até fevereiro de 2019, 1492 pessoas foram executadas nos EUA, dessas, 727 pelo método da injeção letal. Esses números tendem a um aumento prospectivo uma vez que o método tem sido difundido e adotado em outros países (ZIMMERS; LUBARSKY, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARASSE, Daniel. *A Guilhotina e o Imaginário do Terror*. São Paulo: Atica, 1989.
2. BRANDON, Craig. *The Electric Chair: An Unnatural American History*. Mcfarland: [s.l.], 2009. 285 p.
3. DENVER, Megan; BEST, Joel; HAAS, Kenneth C. Methods of execution as institutional fads. *Punishment & Society*, [S.l.], v. 10, n. 3, p.227-252, jul. 2008.
4. KASTRUP, Marianne. Psychiatry and the death penalty. *Journal Of Medical Ethics*, [S.l.], v. 14, n. 4, p.179-183, 1 dez. 1988.
5. LITTON, Paul. Physician Participation in Executions, the Morality of Capital Punishment, and the Practical Implications of Their Relationship. *The Journal Of Law, Medicine & Ethics*, [s.l.], v. 41, n. 1, p.333-352, abr. 2013. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1111/jlme.12024>.
6. ZIMMERS, A. Teresa; LUBARSKY, A. David. Physician participation in lethal injection executions. *Current Opinion In Anaesthesiology*, [S.l.], v. 20, n. 2, p.147-151, abr. 2007.