



Camila da Costa dos Anjos

EUTANÁSIA NO CAMPO DA BIOÉTICA

Rio de Janeiro

2018

Camila da Costa dos Anjos

EUTANÁSIA NO CAMPO DA BIOÉTICA

**Projeto de monografia apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz
(EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial
para aprovação no Curso Técnico em
Gerência em Saúde.**

Orientadora: Tereza Cristina Ramos Paiva

Coorientador: Murilo Mariano Vilaça

Rio de Janeiro

2018

Dedico esse trabalho a todos os indivíduos que se encontram em estado terminal lutando pela sua vida ou buscando pelo abreviamento da mesma, que são imensamente corajosos a ponto de tomar uma decisão tão complexa. Aos familiares e amigos desses pacientes, pois possuem um papel fundamental e necessário no enfrentamento desse obstáculo, trazendo ajuda psicológica, emocional e nos demais âmbitos. Aos profissionais envolvidos na causa e a todos que auxiliam de alguma forma, almejando dar esperança, força e otimismo aqueles que necessitam.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Fabiana, ao meu pai, Etelvino e ao meu irmão Caio pelo apoio, carinho, compreensão e todo amor que me proporcionaram. Pelo imenso incentivo, por acreditarem no meu potencial e por serem o meu maior tesouro, o meu pilar, a minha base, a minha família.

À minha orientadora e professora Tereza Cristina pela imensa ajuda, dedicação, carinho, atenção e compreensão. Agradecer por tornar este trabalho possível e bastante prazeroso.

Ao meu co-orientador, professor e amigo Murilo Vilaça por ter aceito o meu convite de última hora e pela dedicação, paciência e carinho na construção do meu pré-projeto.

Às professoras de Metodologia Adelyne Mendes e Carolina Dantas pelos ensinamentos e encaminhamentos proporcionando a realização desse projeto.

Às amigas cultivadas na EPSJV. Agradecer pelos momentos inesquecíveis, pelas inúmeras ajudas, por serem meus ouvintes e conselheiros e, principalmente, pelo imenso afeto.

A todos que foram meus professores durante esses anos na EPSJV, compartilhando conhecimentos e aprendizados, visando nosso progresso.

“Desde aquele dia, eu não vivo. Me fazem viver. Sou mantido vivo. Para quem, para que, eu não sei. Tudo o que eu sei é que sou um morto-vivo, que nunca desejei esta falsa morte”.

(Vincent Humbert)

RESUMO

A eutanásia pode ser compreendida como a prática (geralmente, médica) que visa a produzir o resultado morte aplicada a seres vivos (humanos ou não-humanos) em estágio de fim de vida/doença terminal sem possibilidade terapêutica, no qual a dor e o sofrimento são considerados inúteis ou insuportáveis. Nesse sentido, em tese, a eutanásia visaria a produzir um bem ao indivíduo que sofre desnecessariamente. No entanto, ela é proibida em vários países, o que é o caso do Brasil. Este estudo tem como objetivo geral compreender os valores éticos que sustentam a legalidade ou a condenação desta prática, o que foi feito mediante uma revisão da literatura especializada sobre o tema. O tema é complexo e de extrema importância para compreendermos e refletirmos sobre os valores e princípios que estão envolvidos na relação vida e morte, questões que sempre proporcionam excessivas dúvidas, pois se referem à uma realidade temida por grande parte das pessoas.

Palavras-chave: Eutanásia, distanásia, bioética e princípio da autonomia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVOS.....	10
3 METODOLOGIA	11
4 CONCEPÇÕES SOBRE A MORTE E O MORRER.....	12
5 EUTANÁSIA E O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA.....	16
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

1 INTRODUÇÃO

Qual o valor de uma vida? Todas as vidas têm o mesmo valor? A vida tem um valor em si ou depende do modo como ela é vivida? A vida deve ser preservada em qualquer circunstância? Temos direito sobre a vida do outro? Temos direito sobre a nossa própria vida? Que limites podem ou devem ser impostos ao direito sobre a vida? Podemos abrir mão de algumas vidas, incluindo a nossa? Esses são alguns dos questionamentos bastante frequentes quando estamos diante de situações que envolvem o fim de uma vida, evento esse denominado como morte, tais como os casos de aborto, eutanásia e homicídios.

A vida pode ser considerada o bem mais precioso. Mas vida, assim como seu par antagônico, a morte, são conceitos/palavras com múltiplos sentidos, tanto num mesmo momento histórico quanto ao longo da história (ÀRIES, 2003). Sem considerar, por enquanto, os vários sentidos atribuídos à vida e à morte no decorrer da história, podemos dizer que, em regra, nas sociedades contemporâneas, investimos sobre a preservação/manutenção/promoção da vida e em evitar/atrasar/contornar a morte. Em outras palavras, com base numa concepção exclusiva ou predominantemente biológica (vida como ausência da morte, e morte como ausência de certa função biológica, a saber, a função cerebral), amamos/desejamos a vida e tememos/combateamos a morte. Mas será que a tão prezada vida pode se tornar um tormento e a tão temida morte pode se tornar desejável? E até que ponto esse desejo pode ser atendido?

O questionamento com o qual encerramos o parágrafo anterior aponta para o tema do presente projeto de pesquisa, isto é, a eutanásia. Há alguns casos em que pacientes se encontram em um estado terminal e a perspectiva de vida foi dizimada, sendo assim, os mesmos passam a cogitar a possibilidade da abreviação de sua existência. Nomeamos esse fenômeno de eutanásia. Etimologicamente, o termo "eutanásia" se formou a partir do grego *eu* (bom) + *thanatos* (morte) que pode ser lido como "morte sem dor" ou "morte piedosa e humanitária". Esta prática é considerada ilegal em nosso país e é vista como crime de homicídio, sem exceção. O profissional que atende ao pedido de eutanásia e realiza o procedimento de abreviação da vida estará cometendo o denominado "homicídio simples", estará sujeito a uma pena de 6 a 20 anos de prisão (CFM, 2009). Tal reclusão se dá devido ao fato de que segundo a

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 o direito à vida é inviolável (BRASIL, 1998).

Um princípio que está diretamente ligado à eutanásia é o da autonomia pessoal que permite aos indivíduos a liberdade para decidir sua conduta segundo o que é bom ou ruim para si. As escolhas feitas pelas pessoas devem ser respeitadas devido à sua capacidade de decisão. Contudo, conforme afirmamos acima, a legislação brasileira estabelece um limite para o exercício da autonomia, no que diz respeito à própria vida. Além da constituição, outros instrumentos normativos proíbem tal prática. Segundo o Código de Ética Médica, é vedado ao médico “abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal” (CFM, Cap. V. art. 41, 2009).

A morte é, dito de modo popular, a única certeza da vida do ser humano. Quer dizer, o humano é um ser finito que tem consciência da sua finitude. Mas, com o processo de transformação social da morte em tabu, a eutanásia enfrenta grave resistência em vários países, como é o caso do Brasil. Assim como a eutanásia, o suicídio assistido também é bastante confrontado em nosso país. Essa atividade consiste em auxiliar o paciente que não é capaz de realizar o ato sozinho. Tal ajuda pode consistir em prescrição de doses letais de medicamentos ou simplesmente na motivação e no encorajamento do paciente.

Simultaneamente a esses confrontos em nosso território, há outros países que legalizaram as práticas, sendo eles, quatro situados na Europa Ocidental: Holanda, Bélgica, Luxemburgo e Suíça, dois norte-americanos: Canadá e Estados Unidos, em apenas seis estados, sendo eles: Oregon, Washington, Montana, Califórnia, Vermont e Novo México e em um único país da América do Sul: Colômbia

Na Europa Ocidental, a Holanda foi pioneira nesse processo de despenalização da Eutanásia e do suicídio assistido há 16 anos atrás, após muitos anos de debates. Mesmo sendo práticas puníveis, a eutanásia e o suicídio assistido eram admitidos no país desde 1991. O segundo a legalizar a eutanásia foi a Bélgica, 5 meses depois. Somente após 12 anos desta legitimação, o país removeu o quesito “idade” das restrições referentes à atividade. Já o suicídio assistido não é regulado pela lei explicitamente, mas, os casos são tratados da mesma forma que a eutanásia. Luxemburgo legalizou as práticas em 2009 e assim como a Bélgica possui leis muito baseadas nas concepções do profissional de saúde que executa o procedimento, o médico. Já a Suíça, é um país bastante conhecido pelo suicídio assistido, pois, recebe estrangeiros de diversos locais do mundo

com o intuito de executar o procedimento. Porém, a eutanásia é proibida segundo o artigo 114 do Código Penal (CASTRO, 2016).

Na América do Norte, o Canadá despenalizou as práticas no fim de 2015 após seis anos de debates na Suprema Corte. Já nos Estados Unidos, o primeiro estado a legalizar o suicídio assistido foi Oregon e, posteriormente, os outros citados anteriormente, aderiram tal legalização. Já a eutanásia é proibida em todos os estados do país.

Na América do Sul, o primeiro e único país a legalizar a eutanásia e o suicídio assistido foi a Colômbia em 2015, mesmo que as práticas já tivessem sido descriminalizadas em 1997 pelo Tribunal Constitucional.

Vale lembrar que as causas para a legitimação dessas práticas diferem de acordo com o país, cada um é constituído por seus próprios princípios, concepções e leis. Mas, quando se trata do perfil dos pacientes que optam pela eutanásia é quase invariável: Idosos, com doenças crônicas e incuráveis.

Com o processo de transformação social da morte em tabu já citado, alguns países optam pelo que podemos chamar de oposto da eutanásia que é a obstinação terapêutica, também denominada como distanásia. Este conceito consiste no ato de prolongar a vida de um paciente em estado terminal, por meio de tratamentos que causam a eles mais dor e sofrimento. Esta prática é por um lado bastante condenada por não resultar em nenhum progresso no caso clínico do paciente, sendo assim, é considerada por muitos como inútil. Porém, por outro lado, a comum associação da morte ao fracasso e alguns princípios de determinados países, sendo eles nos âmbito religioso, ético e moral, são alguns dos fatores que fazem com que a prática seja defendida e aceita, mesmo que seja um processo doloroso para o paciente (DINIZ e COSTA, 2004).

O assunto no Brasil não tem muito espaço no cenário de discussão, principalmente devido às questões morais e religiosas que envolvem o tema. É essencial que as pessoas compreendam que uma discussão equilibrada sobre um determinado tema tão complexo é de suma relevância para que os indivíduos e suas respectivas opiniões sejam tratados justamente. Ou seja, há a necessidade de não interromper prematuramente um debate público sobre o tema. Deve-se, ao contrário, promover tal debate, envolvendo as mais diversas perspectivas, sem impor a toda uma sociedade uma única perspectiva, especialmente uma perspectiva religiosa.

O estudo deste tema é de extrema importância para compreendermos e refletirmos sobre questões e valores que se encontram vinculados à eutanásia. Este é um tema repleto de complexidades e de grande prestígio social, visto que questões que

envolvem vida/morte sempre proporcionam excessivas dúvidas aos indivíduos, pois é uma realidade temida.

As motivações pessoais para tal pesquisa foram o imenso interesse em questões que envolvem os conceitos de vida/morte e pelos campos de Biodireito e Bioética, além de ter sido impactada por um debate bastante construtivo e reflexivo proporcionado pela docente da disciplina de Gestão do Cuidado do curso de habilitação técnica de Gerência em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Por meio deste trabalho busco aprofundar este tema a fim de ampliar meus conhecimentos sobre ele e quem sabe contribuir para o debate sobre os fundamentos éticos envolvidos na legitimidade do direito de decidir sobre a própria vida.

O trabalho está dividido em dois capítulos. O primeiro trata das concepções sobre a morte e o morrer. O segundo apresenta as principais distinções do termo eutanásia, bem como de distanásia e homicídio. Discorre também sobre o princípio da autonomia como um importante pilar da bioética na compreensão do tema central do estudo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral: compreender os fundamentos bioéticos que sustentam a legitimidade do direito à eutanásia.

2.2 Objetivos Específicos:

- Apresentar as principais concepções sobre a morte e o morrer;
- Compreender os conceitos básicos que estão vinculados à eutanásia e distanásia a partir dos princípios da autonomia e da dignidade humana;
- Apresentar e discutir respaldos constitucionais acerca da eutanásia.

3 METODOLOGIA

Este estudo, baseado na abordagem qualitativa, usa como ferramenta a revisão narrativa da literatura e de documentos pertinentes ao tema. Como fontes de pesquisa estão sendo utilizados livros, revistas e artigos científicos buscados em bancos de dados virtuais, como SciELO e Lilacs, entre outros. As seguintes palavras foram abordadas como descritores: eutanásia, distanásia, bioética, princípio da autonomia.

Segundo Minayo (1992), um dos objetivos da pesquisa é o de “enriquecimento da leitura”, indo além das aparências, considerando a totalidade social onde as mensagens estão inseridas para que se possa realizar uma análise mais abrangente do tema.

O estudo buscou responder às seguintes questões: quais as principais concepções sobre o direito à morte? Quais as questões éticas centrais aplicada à saúde envolvendo a eutanásia? Quais os motivos presentes na resistência dos profissionais de saúde com este tema? Em que medida os avanços de técnicas de manutenção e prolongamento da sobrevivida respeitam ou ferem os princípios de autonomia e da dignidade humana?

Para Moresi (2003), a pesquisa bibliográfica fornece ferramentas analíticas para qualquer tipo de pesquisa, mas pode esgotar-se em si mesma, sendo eficaz na busca de novas dimensões do conhecimento. Portanto, a escolha da pesquisa bibliográfica neste trabalho tem como objetivo para compreender os significados, os conteúdos existentes nos materiais que abordam a temática da eutanásia e os aspectos bioéticos e ou jurídicos envolvidos.

Para a revisão bibliográfica foram selecionados artigos e livros para análise do tema da pesquisa. Tais artigos e livros estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Material bibliográfico utilizado na pesquisa

Tema Principal	Artigos	Autores	Ano de Publicação
Concepções sobre a morte e o morrer	História da morte no Ocidente.	ARIÈS, Philippe	2003
	Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática	CASTRO, Mariana Parreiras Reis et. al.	2016
	O tabu da morte	OIGMAN, Gabriela	2007
	Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia	Siqueira-Batista Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland	2004
	Os novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60.	DINIZ, Débora e COSTA, Sérgio	2006
	Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças	DINIZ, Débora	2006
Eutanásia e distanásia a partir dos princípios da autonomia e da dignidade humana	Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte	RIBEIRO, Diaulas Costa	2006
	Quais as diferenças entre eutanásia, morte assistida, ortotanásia e sedação paliativa?	ALMEIDA, Patricia Donati de	2016
Questões éticas e jurídicas sobre eutanásia	Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo.	PESSINI, Leo	2010
	Cuidados paliativos	Portal do Hospital do Câncer de Barretos	2015
	Bioética para profissionais de saúde.	REGO, Sérgio; PALÁCIOS, Marisa ; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo.	2009
	Constituição da República Federativa do Brasil	BRASIL.. Brasília, DF: Senado Federal	1988
	Código de Ética Médica. Resolução CFM N o 1.931/2009.	CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA	2017

4 AS CONCEPÇÕES SOBRE A MORTE E O MORRER

Vida e morte podem ser compreendidas como instâncias de uma mesma realidade. A vida é, no dito popular, o bem mais precioso do homem. É um termo bastante complexo de se conceituar, visto as várias concepções acerca de quando, de fato, a vida se inicia ou finda. Vale lembrar que temos o direito à vida como o principal direito fundamental respaldado na Constituição Federal de 1988 e a mesma é tida como inviolável (BRASIL, 1988).

Em contrapartida, temos a morte, compreendida como um fenômeno indelével ao ser humano e é considerada como o marco final da existência. É, no dito popular, a única certeza do homem. Sabe-se que a morte é abominada por muitos indivíduos já que sempre está vinculada ao fracasso e ao sofrimento. Mesmo que seja um estágio obrigatório do viver, as pessoas são ensinadas a tratar a morte como antagonista.

As visões acerca da morte são modificadas ao longo do tempo, de acordo com as concepções e crenças da sociedade em questão, ou seja, a morte é um produto da história. Durante a Idade Média, por exemplo, a morte era vista como algo corriqueiro já que não significava o rompimento entre o nosso mundo e o estágio posterior.

No mundo ocidental, por volta do século XV, as pessoas passam a desenvolver um sentimento de temor diante desse estágio que estaria por vir, mesmo que antes ele foi visto como algo tão comum. O bem e o mal, o céu e o inferno, supostos estágios posteriores à morte, começam a ser discutidos e se cria uma dramaticidade ao redor desses conceitos, o que se prolonga durante os próximos séculos XVI e XVII (ARIÈS, 2014)

Já ao longo do século XX até os dias atuais, a morte adquire um caráter negativo e é repudiada pelas pessoas que passam a obter dificuldade para lidar com tal acontecimento. O século passado trouxe uma transformação bastante significativa para este fenômeno, que perde seu valor e passa a ser tratado com certa insignificância.

Segundo Oigman,

"O luto é abandonado às práticas individuais, com a finalidade de poupar a coletividade. É um luto privatizado. A neutralização dos ritos funerários e ocultação da morte fazem parte dessa incapacidade social de se lidar com ela (OIGMAN, 2007, p.1).

Todo ser humano tem consciência de sua finitude, porém, o tema ainda é um grande tabu em nossa sociedade. É uma realidade quase sempre pensada em relação ao outro e não a si mesmo. O homem, de certa forma, se sente desconfortável pelas incertezas que estão vinculadas à esse assunto. Não se sabe ao certo qual, de fato, é a etapa posterior que o homem estará submetido após a morte. Não há nenhuma certeza diante das inúmeras hipóteses defendidas por diversas culturas, religiões e etnias.

É sabido então, que a morte no século XXI é um tabu e também é vista como algo inaceitável, porém, tamanho avanço tecnológico permite a cura de algumas doenças e o prolongamento da vida, sendo esta o par antagonico da morte. Porém, como a morte está diretamente relacionada, em muitos casos, ao sofrimento de uma doença grave ou a uma causa violenta essa supressão da vida revela a necessidade de se refletir sobre seus conceitos e paradigmas, se perguntando se o direito à vida deve ser absoluto, devendo ser válido ou mesmo mantido mesmo quando é preciso abrir mão de sua dignidade, até que ponto se deve manter a vida quando a morte já de faz presente ou quando ela pode ser o resultado de escolhas individuais, como no caso da eutanásia.

Vale ressaltar que existem diversas situações clínicas que dificultam uma conceituação única do que seja a morte. Diante desta complexidade do tema faz-se necessário conceituar os diferentes tipos de morte para melhor apresentar as argumentações favoráveis ou contrárias à legitimidade do seu direito.

A morte clínica é caracterizada por parada cardíaca (com ausência de pulso), respiratória e midríase parálitica (que surge cerca de 30 segundos após a suspensão dos batimentos cardíacos), podendo ser reversível, desde que sejam implementadas adequadas medidas de reanimação.

A morte biológica que surge como uma “progressão” da morte clínica, diferindo desta por seu caráter irreversível (por exemplo, manobras adequadas de ressuscitação não regridem a midríase); caracteriza-se por “destruição” celular em todo o organismo, o que habitualmente se desenrola ao longo de 24 horas (algumas células demoram esse período para fenecer); neste caso, pode-se dizer que um evento essencial na morte celular é a ativação da enzima atepsina – a qual permanece “inerte” durante a vida – que, por sua característica proteolítica, é capaz de promover autólise da célula; mais recentemente, a lesão encefálica irreversível vem sendo considerada morte biológica (ver morte encefálica adiante).

A morte óbvia é aquela na qual o diagnóstico é inequívoco (evidente estado de decomposição corpórea, decapitação, esfacelamento ou carbonização craniana, se há sinais como rigor mortis e livor mortis, dentre outros).

A morte encefálica é compreendida como um sinônimo para a morte biológica sendo caracterizada por uma série de parâmetros que atestam a lesão encefálica irreversível – situação em que todos os comandos da vida se interrompem, tornando impossível a manutenção da homeostasia corpórea –, desde que sejam excluídos o uso de depressores do sistema nervoso central, os distúrbios metabólicos e a hipotermia, os quais podem simular tais parâmetros (Menna Barreto, 2001, apud SIQUEIRA BATISTA, SCHRAMM, 2004).

A morte cerebral, que não deve ser confundida com a morte encefálica, uma vez que pode ser feita a distinção entre ambas pela análise da respiração: esta função tem um “componente” voluntário e um involuntário, este último “comandando” o processo, por exemplo, durante o sono; nos casos de morte cerebral perde-se a consciência da respiração, a qual permanece funcionando de forma “automática”; se há morte encefálica o centro respiratório se torna danificado de forma irreversível, com a “vida” podendo ser mantida apenas com o emprego de instrumental tecnocientífico.

A morte jurídica, estipulando-se, no artigo 10 do Código Civil, que a morte termina a existência da pessoa natural; entretanto, a lei não estabelece o conceito de vida e de morte – apenas se ocupando do seu momento –, cabendo à medicina, em especial à medicina legal, estabelecer os critérios válidos (Gogliano, 1998 apud SIQUEIRA BATISTA, SCHRAMM, 2004).

A morte psíquica, na qual a percepção psicológica da morte antecede, em um tempo variável, a morte biológica; aqui o enfermo toma consciência do escoamento progressivo e inexorável de sua vida, habitualmente após receber a notícia de ser portador de uma enfermidade incurável – por exemplo, um câncer disseminado (Kastenbaum, 1981 apud SIQUEIRA BATISTA, SCHRAMM, 2004). Neste caso, a maior dificuldade do conceito de morte psíquica é a identidade estabelecida entre a morte e o processo de morrer.

Em geral, quando se fala em morte está naturalmente tratando da morte clínica, biológica, óbvia, ou mesmo a encefálica ou cerebral, mesmo que estas ainda lancem dúvidas quando o seu atestado, visto que muitas vezes há discordância quanto à possibilidade de reversão. É a morte que pode estar presente nos serviços de saúde e que muitas vezes é entendida como um adversário que deve ser combatido e vencido. É

muito comum a concepção, por parte dos profissionais de saúde, de que, caso não obtenham êxito nesse combate, serão derrotados. Por isso, entendem que deve haver uma luta a qualquer custo para manter uma pessoa viva, mesmo que ela tenha dor e sofrimento nesse processo, acreditando que a vida deve ser interrompida apenas por causas naturais, sendo proibido que uma pessoa tire a vida de outra.

Segundo Diniz (2006),

Os profissionais de saúde são socializados em um ethos que, erroneamente, associa a morte ao fracasso. O paradoxo dessa associação moral é que se, por um lado, são os profissionais de saúde os que mais intensamente lidam com o tema da morte, por outro lado, são eles também que mais resistem a reconhecer a morte como um fato inexorável da existência (DINIZ, 2006, p. 1742).

Assim, os profissionais de saúde tradicionalmente treinados para enfrentar a morte sob alegação de que a missão deles é de salvar vidas, muitas vezes mantêm uma resistência moral em torno do debate da eutanásia ou sobre o direito das pessoas em morrer. Paradoxalmente, a postura de profissionais na manutenção da vida a qualquer preço (distanásia) - desconsiderando os tratamentos dolorosos que prolongam o sofrimento não apenas daquele que está doente, mas também de seus familiares -, há vários estudos que mostram que é corrente a prática de desligar os aparelhos (eutanásia passiva) em centros de terapia intensiva, infantil ou adulta (DINIZ e COSTA, 2004).

A questão central da ética aplicada à saúde na atualidade, portanto, diz respeito a este duplo cenário: por um lado os avanços biomédicos e a melhoria da qualidade de vida que favorecem o aumento da expectativa de vida, por outro a discussão sobre a possibilidade da medicina em intervir no ciclo da vida, retardando ou acelerando o momento da morte.

A apresentação conceitual dos conceitos de eutanásia passiva ou ativa, voluntária e involuntária, bem como de distanásia são importantes para compreender os avanços e resistências da regulamentação da eutanásia.

5 EUTANÁSIA E O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA

A morte brutal e desumana de judeus nos campos de concentração nazista, fez que com o senso comum e mesmo os profissionais de saúde, confundisse o termo eutanásia com homicídio premeditado e como violação dos preceitos básicos da prática biomédica.

Em 1988, um relato anônimo publicado no *Journal of American Medical Association* provocou muitas discussões sobre a prática da eutanásia. Neste relato um residente narra que ao atender uma mulher de 20 anos, internada para tratamento oncológico, ela lhe pede para ele acabar com o sofrimento dela e então ele injeta uma dose excessiva de morfina, o que provoca a morte imediata da paciente. O médico assumiu a responsabilidade do ato e disse o fez pelo direito a paciente em decidir sobre sua própria morte. A partir deste fato alguns acordos conceituais passaram a se formar no debate bioético com o intuito de distinguir a eutanásia voluntária passiva ou ativa da eutanásia involuntária ou homicídio (DINIZ e COSTA, 2004).

A eutanásia voluntária é aquela que expressa a vontade do sujeito e se fundamenta em um processo informado e autônomo, enquanto a eutanásia involuntária é praticada sem o conhecimento da vontade do doente, ou mesmo sem avaliação do significado do pedido de um doente de por fim à dor ou de um pedido de ajuda para morrer.

Segundo Diniz e Costa,

A eutanásia, entendida como resultado do exercício de um direito individual – o direito de deliberar sobre a própria morte -, não pode ser basear nem avaliações apressadas, irresponsáveis e autoritárias (...) a eutanásia voluntária é praticada quando a pessoa doente deseja morrer, está devidamente informada sobre sua situação clínica e não se encontra em estado depressivo no momento da decisão. O diagnóstico de sua doença e a existência ou não de possibilidades terapêuticas não devem ser traçados por apenas um médico, mas por uma equipe multidisciplinar de saúde (DINIZ e COSTA, 2004 p.126).

Portanto a eutanásia deve ser o resultado de um processo autônomo, livre e informado, compreendendo um direito fundamental do ser humano baseado nos princípios éticos de autonomia e da dignidade. A eutanásia ativa é caracterizada como um ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente. A eutanásia é

denominada passiva, quando há o desligamento de aparelhos ou de mecanismos artificiais de sustentação da vida.

É de suma importância mencionar que o princípio da autonomia envolve muitas questões, não apenas um pedido do usuário sem verificação profunda da solicitação e nem uma tomada de decisão apressada, superficial e irresponsável. Há um procedimento cauteloso para conhecer a vontade, de fato, do usuário sem a interferência de um desgaste emocional, garantindo que o processo seja esclarecido. Pode ser que tamanha dificuldade faça com que o usuário solicite a eutanásia, porém não é de fato a sua vontade.

Na Bélgica e a Holanda, que foram os primeiros países a legalizarem a eutanásia no ano de 2002, era temido que tal legalização afetasse o desenvolvimento dos cuidados paliativos, que diante desta nova possibilidade, tais cuidados fossem deixados de lado. Porém, com análise de dados foi visto que isso não ocorreu e os casos de eutanásia chegaram a diminuir. Vale lembrar que nesses países são inúmeras as recomendações para de fato dar continuidade ao procedimento da eutanásia, tais como consultar outros profissionais capacitados para a tomada de decisão e o médico deverá chegar a conclusão de que não há mais nenhuma solução razoável para a situação do paciente, mas tudo isso deverá ser feito junto do usuário que é protagonista nesse processo (DINIZ e COSTA, 2004).

Na área da saúde o livre consentimento ainda não está totalmente consolidado, pois ainda temos a presença de ações carregadas de caráter paternalista, onde muitas práticas tendem a estabelecer limites à autonomia individual, mesmo quando o intuito é o de trazer benefícios a um indivíduo, ou prevenir um dano. A partir da construção do princípio da autonomia que o modelo paternalista foi afetado.

Hoje, a figura do médico como o soberano e aquele responsável por determinar e tomar decisões sobre o quadro clínico do paciente já está sendo questionada. O profissional precisa esclarecer a situação ao paciente para que o mesmo decida como será o decorrer da sua saúde/vida, dando o direito de escolha ao mesmo, que por sua vez, deixa de ser nomeado desta forma já que abandona esse caráter passivo, contribuindo para que prevaleça o interesse do doente e não mais do profissional de saúde envolvido e responsável pelo caso. Torna-se então, essencial a participação do usuário nas tomadas de decisões acerca da sua própria vida.

Foi assegurado o direito do paciente a escolha do local de morte, por meio da Portaria n. 675/GM. "É o direito sagrado de escolher onde, quando e com quem se quer fazer essa passagem." Até mesmo o direito da escolha de fazê-la sozinho.

É importante mencionar que: "*O direito de viver não é antagônico do direito de morrer: compreende, na verdade duas dimensões de um mesmo direito*" (RIBEIRO, 2006, p.1750).

Assim o princípio da autonomia deve ser fundamental para a legitimidade da eutanásia. Então o que fazer quando não houver a formalização explícita da vontade do doente? A família poderá assumir a responsabilidade na manutenção ou interrupção do tratamento? Existem várias situações onde a pessoa não tem condições de expressar suas vontades, visto a gravidade de seu quadro clínico, como de morte cerebral, ou avançado quadro de mal de Alzheimer. Para alguns teóricos mesmo quando o paciente for incapaz de expressá-la, deve se usadas as chamadas diretivas antecipadas, onde o paciente expressa, através de instrumentos legais ou pronunciamentos informais suas vontades acerca do futuro. Em respeito a este princípio, o dever do cuidado termina quando há uma oposição a este cuidado da parte do usuário. Vale mencionar que esta conduta não pode ser classificada como um crime, visto que, o profissional de saúde que ir contra o enfermo neste caso, está causando constrangimento ilegal. Porém, a prática da eutanásia passiva, não acontece pela formalização explícita da vontade do paciente, mas por arranjos argumentativos entre famílias, os cuidadores e a equipe de saúde, principalmente no caso dos idosos.

Afirma Diniz e Costa,

A expectativa ética de que as decisões sobre a eutanásia somente ocorram após a consulta informada aos doentes não corresponde à rotina de unidades de tratamento intensivo ou de ambulatórios de paciente de alto risco, mas sim a um mundo idealizado por filósofos morais e que foi incorporado pela Bioética. (...) as equipes tende a acatar as deliberações da família, especialmente quando se trata de doenças incuráveis, terminais, sem qualquer possibilidade de cura ou tratamento e que implicam extremo sofrimento físico para os idosos (DINIZ e COSTA, 2004, p. 128).

Alguns autores preferem não denominar esta prática como eutanásia passiva, devido a carga emocional e moral do termo, e sim como "recusa de tratamento", que é entendida como a decisão pela não medicalização da morte, onde o doente é portador de

uma doença incurável ou irreversível, que em um curto intervalo de tempo, sem a intervenção médica irá falecer, considerando portando o caráter fútil do tratamento.

Embora o sistema jurídico de nosso país não reconheça o direito de morrer de maneira formal, visto que a eutanásia não é uma prática legalizada em nosso país e condenada pela legislação brasileira, o mesmo sistema aceita como válida a prática da distanásia, *“pratica que mais diretamente ameaça a promoção do princípio da dignidade humana nos cuidados de saúde”* (Diniz e Costa, 2004). A distanásia é um fenômeno recente que representa a crescente medicalização da saúde e o uso exagerado das tecnologias médicas, que mantém as pessoas sob a administração de drogas pesadas e procedimentos quase sempre bastante dolorosos.

No Brasil, embora o novo Código de Ética Médica (CEM), não se pronuncia sobre a eutanásia ou ortotanásia ou morte assistida, tal instrumento normativo solicita que seja evitada a distanásia e recomenda a sedação paliativa e a valorização dos cuidados paliativos. O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 1.805/06, também solicitou que a distanásia seja evitada. Porém, a Ordem dos Advogados do Brasil entende essa decisão como omissão de socorro ao paciente (CFM,2010).

Segundo Pessini (2010), o CEM tem como intuito a preservação do respeito e do cuidado que são tidos como fundamentais. Também prevê que em casos de doenças incuráveis e terminais o profissional de saúde deve oferecer todos os cuidados paliativos ao paciente, além de não aplicar procedimentos desnecessários que proporcionam dores e sofrimento ao mesmo.

Conceituando os termos citados anteriormente, cuidados paliativos são:

Cuidados assistenciais oferecidos para todo paciente que tenha uma doença fora de possibilidades de cura (que ameace a vida) visando melhor qualidade de vida através da prevenção e alívio do sofrimento imposto pela doença. Para isso é fundamental que o paciente tenha acesso a uma equipe multidisciplinar. Essa equipe tem o desafio de avaliar e tratar da dor e outros sintomas físicos, assim como aspectos sociais, psicológicos e espirituais (PORTAL DO HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS, 2015).

Esses cuidados devem ser oferecidos não só ao paciente, mas também para a sua família no processo de adoecimento e terminalidade. Já a sedação paliativa "consiste em

suavizar, por meio de medicamentos, a dor do paciente. Ela procura evitar (ou diminuir) o sofrimento da pessoa em estado terminal" (ALMEIDA, 2016).

Sabe-se que a medicina brasileira vê a morte como algo carregado de caráter negativo e só por intermédio do Código de Ética Médica é que ela admite o princípio da finitude humana após um período de negação desse fenômeno. No Código anterior de 1988, essa noção de finitude do ser humano não era de forma alguma mencionada. Essa temática sempre gerou muita polêmica no Brasil devido às questões e princípios éticos, morais e religiosos. Apesar de sermos um país considerado laico, as questões religiosas se tornaram a base da nossa moral (REGO, PALACIOS E SIGUEIRA-BATISTA, 2009).

É fundamental um debate amplo e profundo sobre este tema para que seja compreendido pelas pessoas de um modo geral e principalmente pelos profissionais de saúde, a diferença fundamental entre eutanásia, distanásia e homicídio, para que os princípios de respeito, autonomia e de dignidade humana sejam preservados pelos serviços de saúde e sejam compreendidos como direitos das pessoas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente trabalho possibilitou o estudo e a compreensão da eutanásia e de alguns termos que estão diretamente ligados à este conceito, tais como: distanásia, ortotanásia, suicídio assistido e também dos diferentes tipos de eutanásia existentes. Entendemos eutanásia como a prática (geralmente, médica) que visa produzir o resultado da morte aplicada a seres vivos (humanos ou não-humanos) em estágio de fim de vida/doença terminal sem possibilidade terapêutica, no qual a dor e sofrimento são considerados inúteis ou insuportáveis. Nesse sentido, em tese, a eutanásia visaria produzir um bem ao indivíduo que sofre desnecessariamente. Este conceito possui algumas classificações, sendo estas nomeadas como: ativa ou passiva, voluntária ou involuntária: Ativa quando há um ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente e passiva quando há o desligamento de aparelhos ou de mecanismos artificiais de sustentação da vida. Já a voluntária se dá quando há a solicitação do paciente e involuntária quando não se conhece a vontade do mesmo.

Trabalhamos também a distanásia como um fenômeno recente que representa a crescente medicalização da saúde e o uso exagerado das tecnologias médicas, que mantém as pessoas sob a administração de drogas pesadas e procedimentos quase sempre bastante dolorosos. Já a ortotanásia, como um processo pelo qual se opta por não submeter um paciente terminal a procedimentos invasivos que adiam sua morte, mas, ao mesmo tempo, comprometem sua qualidade de vida. Assim, a ortotanásia foca na adoção de procedimentos paliativos, buscando o controle da dor e o suicídio assistido como uma prática da morte que auxilia o paciente que não é capaz de realizar o ato sozinho.

Além disso, neste projeto aborda-se outros conceitos bastante relevantes sobre o assunto, como vida e morte, sendo esses termos muito complexos e difíceis de conceituar. Trabalhamos desse mesmo modo, o conceito de autonomia e liberdade de escolha. Além do mais, abordamos também os diferentes tipos de morte a fim de evitar generalizações e equívocos na compreensão do tema, sendo estes nomeados como: clínica, biológica, óbvia, encefálica, cerebral, jurídica e psíquica. Entendemos morte clínica como aquela em que ocorre parada cardíaca respiratória e midríase parálitica; a biológica caracteriza-se pela “destruição” celular em todo o organismo; a óbvia é aquela em que o diagnóstico é inequívoco; encefálica é compreendida como um sinônimo para

a morte biológica sendo caracterizada por uma série de parâmetros que atestam a lesão encefálica irreversível; a cerebral, que não deve ser confundida com a morte encefálica, uma vez que pode ser feita a distinção entre ambas pela análise da respiração; jurídica, estipulando-se, no artigo 10 do Código Civil, que a morte termina a existência da pessoa natural e a morte psíquica, na qual a percepção psicológica da morte antecede, em um tempo variável, a morte biológica.

O presente estudo é de extrema relevância para compreendermos e refletirmos sobre as muitas questões éticas, morais e religiosas que estão vinculadas a eutanásia, sendo estas as que contribuem para que a prática seja proibida no Brasil. É abordado também como as pessoas lidam com a morte e com a questão da eutanásia, sobretudo, como os profissionais de saúde são ensinados a tratar a morte como antagonista nesse processo. Os mesmos entendem que caso não obtenham êxito nesse combate, entre a morte e a vida, serão derrotados. Por isso, partem do princípio que deve haver uma luta a qualquer custo para manter uma pessoa viva, mesmo que ela tenha dor e aflição nesses procedimentos. Sendo assim, o processo de desconstrução, por meios de reflexões e debates, da morte como antagonista deve ser mais profundo, visto que, os profissionais de saúde já adquirem essa concepção em suas respectivas formações, o que acaba influenciando e refletindo nas concepções dos indivíduos.

Diante disso, conseguimos entender a complexidade do tema e compreender que há uma idolatria pela vida, em se manter alguém vivo a qualquer custo. Sendo assim, é importante pensar na seguinte questão: Até que ponto se faz necessário manter uma pessoa viva em uma situação deplorável e não permitir a sua morte, mesmo que esta seja um estágio obrigatório do viver? Devido à importância do assunto se faz necessário debatê-lo com maior frequência e cautela e trazê-lo ao cenário vigente de discussão a fim de quebrar tabus relacionados à esta temática e, conseqüentemente, conseguir tratá-lo com maior transparência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Patricia Donati de. **Quais as diferenças entre eutanásia, morte assistida, ortotanásia e sedação paliativa?** - Publicado por Rede de Ensino Luiz Flávio Gomes, 2016.

Disponível em <https://lfg.jusbrasil.com.br/noticias/42016/quais-as-diferencas-entre-eutanasia-morte-assistida-ortotanasia-e-sedacao-paliativa-patricia-donati-de-almeida>
Acesso em: 19/07/2018

ARIÈS, Philippe. **História da morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

CASTRO, Mariana Parreiras Reis de (et al) Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: Revisão sistemática. Brasília, **Revista Bioética**, 24 (2), 2016, p. 355-67.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM Nº 1.931/2009. Disponível em:

<http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/cem_e_cpep.pdf>.

Acesso em: 20 nov. 2017.

_____ **Boletim online**, dez. 2010. Disponível em
https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21154:justica-valida-resolucao-1805-que-trata-sobre-ortotanasia&catid=3
Acesso em 10/07/2018

DINIZ, Débora; COSTA Sérgio. **Morrer com dignidade: Um direito fundamental**. In CAMARANO, Ana Amélia (Org.) . **Os novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60**. Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

DINIZ, Débora. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, 22(8), 2006, p.1741-1748

MINAYO, Maria Cecília de. Souza. Pesquisa. Qualitativa em Saúde. In: **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

MORESI, E. (Org). **Metodologia da pesquisa**. Universidade Católica de Brasília – UCB. Pró-Reitoria de Pós-Graduação – PRPG. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação, 2003.

OIGMAN, Gabriela. O tabu da morte de Rodrigues JC. In Resenhas . **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(9):2248-2252, set, 2007.

PESSINI, Leo. Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. **Revista Bioética**. Vol.18(3) Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2010, p.549 – 60.

Portal do Hospital do Câncer de Barretos. **Cuidados paliativos 2015**

Disponível em [https:// www.hcancerbarretos.com.br/cuidados-paliativos](https://www.hcancerbarretos.com.br/cuidados-paliativos)
Acesso 19/07/2018

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIGUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **Bioética para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8) 2006, p.1749-1754.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. Rio de Janeiro, *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (1), 2004 p. 31-41.