



**NATASHA BRUNA SOUZA AUGUSTIN**

**MORRER: OS ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NA PRÁTICA  
HOSPITALAR; EUTANÁSIA, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA**

**Sinop/MT  
2018**

**NATASHA BRUNA SOUZA AUGUSTIN**

**MORRER: OS ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NA PRÁTICA  
HOSPITALAR; EUTANÁSIA, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Sinop – FASIPE, como requisito final para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup> Ms. Luiz Carlos Damian Preve.

**NATASHA BRUNA SOUZA AUGUSTIN**

**MORRER: OS ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NA PRÁTICA  
HOSPITALAR; EUTANÁSIA, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Enfermagem – FASIPE, Faculdade de Sinop como requisito final para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

**Ms. Luiz Carlos Damian Preve**  
Professor(a) Orientador(a)  
Departamento de Enfermagem – FASIPE

---

**Ms. Francieli F. Bastida**  
Professor(a) Avaliador(a)  
Departamento de Enfermagem – FASIPE

---

**Profº Thayla Ribeiro Pegorete**  
Professor(a) Avaliador(a)  
Departamento de Enfermagem – FASIPE

---

**Ms. Luiz Carlos Damian Preve**  
Coordenador do Curso de Enfermagem  
FASIPE – Faculdade de Sinop

**Sinop/MT  
2018**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a Deus e a Nossa Senhora Aparecida.

A meu esposo que esteve ao meu lado por todos esses anos. Aos meus filhos que tanto sofreram com a minha ausência.

Dedico a meu pai Jair e minha mãe Cristiane, meus grandes apoiadores e incentivadores.

Dedico ainda aos meus irmãos, amigos e familiares e desde já peço desculpa pela ausência.

Este trabalho é para e por todos vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

- Agradeço a Deus e a Nossa Senhora Aparecida, que nunca deixou de interceder por mim.
- Agradeço a minha família por todo o apoio prestado durante esses cinco anos, a cada um que de alguma forma me auxiliou a chegar até aqui, seja cuidando dos meus filhos em todos os dias e noites em que eu estava ausente, seja dando apoio ou uma palavra de carinho quando eu me encontrava cansada.
- Agradeço aos meus mestres pelo conhecimento transmitido a mim e pela confiança tantas vezes depositada.

## **EPIGRAFE**

"Você não morre quando seu coração para de bater; você morre quando de alguma forma, sua existência deixou de ser importante".

Augusto Cury

AUGUSTIN, Natasha Bruna Souza. **Morrer: os aspectos éticos e legais na prática hospitalar; eutanásia, distanásia e ortotanásia.** 2018. 58 folhas. Monografia de Conclusão de Curso – FASIPE –Faculdade de Sinop.

## RESUMO

A morte ainda na atualidade é um tabu e um desafio a ser encarado, quando a morte é iminente e inevitável entra em cena aos profissionais da saúde as práticas relacionadas à terminalidade da vida. Justifica-se a escolha desse tema pela importância dos profissionais envolvidos na assistência à saúde conhecer cada uma das práticas relacionadas e aplicáveis diante da terminalidade da vida, para assim ter ciência de até que ponto o mesmo estará respaldado tanto no cenário ético profissional, quanto diante o Código Penal Brasileiro, sabendo delimitar cada uma das práticas e sua aplicabilidade dentro do contexto da saúde do paciente. Tendo como objetivo geral, descrever os aspectos éticos e legais da Eutanásia na prática hospitalar, com ênfase na Distanásia e Ortotanásia ao paciente terminal segundo literatura e como objetivos específicos definir os conceitos de vida e morte relatando a morte como fator frequente na atividade da enfermagem, diferenciar as práticas relacionadas à terminalidade da vida, descrever o conceito e as definições de cada prática. O trabalho a que este se refere faz um levantamento de dados literários, bibliográficos e de caráter descritivo. Concluiu-se ao final deste, que as práticas relacionadas à terminalidade da vida, eutanásia, distanásia e ortotanásia necessitam ser amplamente discutidas na prática da assistência à saúde, sendo de extrema importância que se saiba quando aplicá-las e no que as mesmas implicam, tendo em vista que mesmo no momento da morte, o paciente precisa ser respeitado, amparado e ter suas necessidades básicas atendidas.

**Palavras chave: Distanásia.Eutanásia. Ortotanásia.**

AUGUSTIN, Natasha Bruna Souza. **Death: ethical and legal aspects in hospital practice; euthanasia, dysthanasia and orthothanasia.** 2018. 58 sheets. Course Completion Monograph - FASIPE - Faculty of Sinop.

### ABSTRACT

Death still in the present is a taboo and a challenge to be faced, when death is imminent and inevitable comes to the health professional's practices related to the terminality of life. The choice of this topic is justified by the importance of professionals involved in health care to know each of the related practices and applicable to the termination of life, so as to be aware of the extent to which it will be supported both in the professional ethical scenario, the Brazilian Penal Code, knowing how to delimit each of the practices and their applicability within the context of the patient's health. The objective of this study is to describe the ethical and legal aspects of Euthanasia in hospital practice, with emphasis on Dysthanasia and Orthothanasia in the terminal patient according to literature. Specific objectives are to define the concepts of life and death, reporting death as a frequent factor in nursing activity, to differentiate practices related to the termination of life, to describe the concept and definitions of each practice. The work to which this refers is a survey of literary data, bibliographic and descriptive character. It was concluded at the end of this that practices related to the termination of life, euthanasia, dysthanasia and orthothanasia need to be widely discussed in the practice of health care, being extremely important to know when to apply them and what they imply, given that even at the time of death, the patient needs to be respected, supported and have their basic needs met.

**Key words:** Dysthanasia. Euthanasia. Orthothanasia.



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**SAE** - Sistematização da Assistência de Enfermagem

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Literaturas utilizadas para a pesquisa sobre eutanásia.....	38
<b>Quadro 2</b> - Definições das classes de eutanásia segundo a literatura.....	40
<b>Quadro 3</b> -Hipóteses de tratamento que a prática da eutanásia pode receber .....	42
<b>Quadro 4</b> - Literaturas utilizadas para a pesquisa sobre distanásia .....	43
<b>Quadro 5</b> -Literaturas utilizadas para a pesquisa sobre ortotanásia .....	46
<b>Quadro 6</b> -Documentos importantes onde a ortotanásia foi discutida.....	51

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Justificativa .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Problematização.....</b>	<b>13</b>
<b>1.3 Objetivos.....</b>	<b>14</b>
1.3.1 Objetivo Geral .....	14
1.3.2 Objetivos Específicos.....	14
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Vida e Morte.....</b>	<b>15</b>
2.1.1 Vida.....	16
2.1.2 Morte.....	17
<b>2.2 Como a Enfermagem Lida com a Morte.....</b>	<b>20</b>
<b>2.3 O Luto .....</b>	<b>26</b>
<b>2.4A Enfermagem e o Paciente Terminal .....</b>	<b>28</b>
<b>2.5 Cuidados Paliativos.....</b>	<b>28</b>
<b>2.6 Princípios da Bioética .....</b>	<b>30</b>
<b>2.7 O Paciente Terminal e o Direito de Escolha.....</b>	<b>31</b>
<b>2.8 Práticas Hospitalares Diante da Morte .....</b>	<b>32</b>
<b>3. PROCEDIMENTOS METOLÓGICOS .....</b>	<b>36</b>
<b>4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
<b>4.1 Eutanásia.....</b>	<b>38</b>
<b>4.2 Distanásia .....</b>	<b>43</b>
<b>4.3 Ortotanásia.....</b>	<b>46</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os profissionais da saúde estão diariamente no linear entre a vida e a morte, todos os dias, na prática de suas profissões, acabam se deparando diretamente com o findar da vida. Os profissionais da enfermagem, no entanto, são os que mais constantemente sofrem com a perda de uma paciente, pois eles estão na linha de frente do cuidado, lidam diariamente e constantemente com o paciente (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009).

Durante toda a vida acadêmica e profissional o que se espera da realização de suas atividades é poder estar intervindo a fim de garantir o restabelecimento da saúde e continuidade da vida, porém, por vezes, esse aspecto não pode ser alcançado. Existem na atualidade diversas patologias que podem acarretar ao paciente a morte evidente, onde os mesmos se encontram em quadros irreversíveis e incuráveis, neste ponto, todo o embasamento profissional que se criou a respeito do restabelecimento a saúde caem por terra e esses profissionais precisam se adequar a realidade e saber a maneira correta de se portar e atuar frente a um paciente terminal(MOTA et al., 2011).

Definir entre a vida e a morte é aterrorizante, porém acontece todos os dias em todo o mundo. É fator de rotina nos hospitais se deparar com um paciente onde nem todo o avanço científico e tecnológico poderá reverter seu quadro de saúde nem tão pouco livrá-lo da morte, neste ponto, o que se deve decidir é tão somente qual seria a melhor forma de cuidar desse paciente para que o mesmo possa ter uma morte digna, sem sofrimento e sem dor (SANTOS; BUENO, 2011).

Cuidados paliativos são, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados prestados de maneira integral e individualizada àquele paciente que sua doença não possua mais cura. Deixa então de ser prestado um cuidado curativo e passa então a ser prestado um cuidado paliativo, amenizando os sintomas e garantindo ao mesmo uma qualidade relativa de vida até que essa se encerre (PINTO, et al., 2011).

Esse modelo de cuidado trata-se de cuidados diferenciados, que visam não somente o paciente, mas também a sua família, pois a morte como fator irreversível é desolador para alguns. A espera pela morte é sacrificante e traumatizante, exige preparo e amparo emocional e psicológico tanto para paciente quanto para familiares(SANTOS; BUENO, 2011).

Dentro da realidade hospitalar existem diversas posturas que podem ser utilizadas em pacientes sem prognóstico, as quais devem ser analisadas e embasadas cientificamente para que a melhor decisão seja tomada, sem atingir o paciente e sua família direta ou indiretamente de maneira negativa. As decisões tomadas quanto a esses pacientes devem ser feitas de maneira pensada e discutida com os demais membros da equipe, paciente e familiares, a fim de encontrar o melhor caminho para se tomar(AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011).

De maneira clara podemos afirmar que quando se trata de práticas que possam ser aplicadas diante da morte iminente de um indivíduo, alguns temas são recorrentes e carregados de dúvidas e mitos, a Eutanásia, a Distanásia e a Ortotanásia.

### **1.1 Justificativa**

O linear entre a vida e a morte é fato constante dentro da realidade hospitalar, a morte, apesar de tantas vezes banalizada, é corriqueira e faz parte do dia a dia dos profissionais da saúde. Dentro dessa realidade existem aqueles pacientes cuja doença já evoluiu de tal modo onde nada mais pode ser feito do ponto de vista médico, também há aquelas doenças, que mesmo estagnadas em um estágio de evolução, já não podem ser curadas mesmo com todo o empenho e desenvolvimento das técnicas e tratamentos médicos (MORAES, 2010).

A eutanásia, distanásia e a ortotanásia são práticas médicas relacionadas à terminalidade da vida e entram muito em discussão quando se trata do ponto onde uma termina e a outra começa, lembrando sempre que práticas como a distanásia e a ortotanásia são aceitáveis no âmbito médico hospitalar, porém a eutanásia é crime de assassinato, com penas previstas no Código Penal Brasileiro e nos códigos das classes relacionadas à saúde (PITTELI; OLIVEIRA, 2009).

Os profissionais da saúde estão em contato direto com o paciente, vivenciam o seu sofrimento diário conforme a evolução da sua patologia, e frente às doenças degenerativas graves e doenças que levam o paciente ao estado terminal, o profissional enfermeiro pode frequentemente se deparar com a escolha, do paciente e/ou do médico, em adotar práticas que

permitam que esse paciente tenha o que se chama dentro da classe, uma “morte digna” (BOTEGA; CAMPOS, 2011).

Justifica-se a escolha desse tema pela importância dos profissionais envolvidos na assistência à saúde, conhecer cada uma das práticas relacionadas e aplicáveis diante da terminalidade da vida, para assim ter ciência até que ponto o mesmo estará respaldado tanto no cenário ético profissional quanto o Código Penal Brasileiro, sabendo delimitar cada uma das práticas e sua aplicabilidade dentro do contexto da saúde do paciente.

## **1.2 Problematização**

A eutanásia no amplo significado da palavra significa “boa morte” e se trata do ato de abreviar a vida de um doente, com ou sem prognóstico, a seu pedido, seja de maneira a ofertar medicamentos e práticas que encerre sua vida, ou por meio do simples ato de desligar os aparelhos que mantem esse Ser vivo. Tal prática, apesar de ser aplicada e ser legal em alguns países para alguns pacientes, no Brasil a mesma é considerada crime, homicídio e cabível de punição de acordo com o Código Penal Brasileiro (ROCHA, 2014).

A distanásia em seu significado mais profundo quer dizer “afastamento da morte”, envolve mecanismos que permitem prolongar a vida do paciente de maneira artificial, essa prática é mais conhecida por ser uma “futilidade médica”, pois com a aplicabilidade da mesma, defende-se que ela mantenha apenas o prolongamento do processo de morrer e não o prolongamento da vida em si, visto que esse processo na maioria das vezes apenas aumenta o sofrimento do paciente, sua dor e agonia (MORAES, 2010).

Já a ortotanásia significa “morte correta”, o qual nada mais é do que deixar que o paciente venha a óbito no tempo de seu organismo, de acordo com a evolução do seu quadro clínico, acontece quando se encerram meios de prolongar a vida do paciente e permite-se que a doença siga seu curso de evolução, em outras palavras, trata-se de permitir que ocorra o processo natural da morte através da doença, nessa prática o que se presa é a manutenção da dignidade do paciente no momento da morte, mantendo os cuidados paliativos e diminuindo seu sofrimento até que a doença tome seu curso (BIONDO; SILVA; SECO, 2009).

Nesse contexto o que se questiona é: quais os aspectos éticos e legais da eutanásia, distanásia e ortotanásia ao paciente terminal segundo a literatura atual previamente selecionada?

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo Geral**

Descrever os aspectos éticos e legais da Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia na prática hospitalar ao paciente terminal segundo literatura publicada.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Definir os conceitos de vida e morte relatando a morte como fator frequente na atividade da enfermagem;
- Diferenciar as práticas relacionadas à terminalidade da vida;
- Descrever o conceito e as definições de cada prática relacionada a terminalidade da vida.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

Para se abordar as práticas hospitalares relacionadas à terminalidade da vida é necessário que se entenda todo o contexto que o engloba, dentre esses, é necessário que se defina o que é morte e vida e os impactos que a vivência e iminência da morte trazem para os profissionais da saúde, com ênfase ao profissional da enfermagem que lida diariamente e diretamente com o paciente. Ainda é necessário entender os aspectos diversos que atingem o paciente em estado terminal e sua família, além de definir as práticas hospitalares que podem ou não, serem abordadas diante da presença de morte do paciente.

A eutanásia, a distanásia e a ortotanásia, são práticas reconhecidas, porém a eutanásia, por exemplo, é considerada crime no país, entretanto a distanásia e a ortotanásia são permitidas juridicamente e criminalmente, para tanto é necessário definir quando seria o momento de intervir e de aplicar uma dessas práticas, se elas devem ser tão somente decididas pelo médico, pelo paciente ou por seus familiares, nas mãos de quem está o direito de escolha, por isso neste capítulo serão abordados todos os temas que englobam a vida e a morte, bem como abordar as práticas relacionadas à terminalidade da vida, além de explanar seus aspectos éticos e legais.

### **2.1 Vida e Morte**

Todas as pessoas independentemente de qualquer fato estão sujeitas a sofrerem em algum momento ou fase da vida por um processo de perda, o mesmo pode ocorrer de diversas formas e maneiras, seja no ambiente de trabalho, na família, na rua, entre amigos. A morte é um fator inevitável inserido em nosso meio. Nesse sentido, Elisabeth Kubler-Ross afirma que não é possível abordar corretamente a morte sem antes estar apto a entender o significado da vida (LANA; PASSOS, 2008).



A vida pode ser definida de diferentes maneiras, cada autor segue um ponto de vista distinto para interpretá-la, porém, de modo geral, pode-se dizer que a vida está inserida nos mais diversos meios, envolve um conjunto de acontecimentos químicos, sínteses e processos de duplicação celular, regeneração entre outros. A definição do que é vida, está totalmente relacionada às questões pessoais do interlocutor (JUNIOR, 2011).

Do ponto de vista científico, uma das condições que garantem a existência da vida é a capacidade das células de se desenvolverem através de atividades químicas complexas e a realização de fenômenos bioquímicos que ocorrem quando as células, em contato com moléculas de oxigênio, entram em combustão. Sendo assim, a vida é presente em tudo que há processo de respiração e duplicação celular, por mais simples que seja mesmo a descoberta da existência de uma bactéria em Marte pode ser considerada uma vida (AZEVEDO; ROCHA; CARVALHO, 2011).

O ano de 1933, Lipschutz definiu o cadáver como sendo uma célula que deixou de exercer seu metabolismo. Portanto, uma vida é toda e qualquer constituição onde haja uma célula que está exercendo seu metabolismo, a morte é quando essa mesma célula tem por encerrada as suas funções, a cessação do seu metabolismo. No entanto, para se caracterizar um cadáver é necessário que tenha um olhar mais profundo de tudo que engloba o sentido da vida, pois diversas vezes o fato de um ser parecer estar morto, não significa que ele realmente esteja, pois ainda há chances de restaurar seu sistema de metabolismo e vida (LANA; PASSOS, 2008).

### 2.1.1 Vida

A biologia é a ciência que estuda a vida em toda a sua integralidade. No século XIX, a definição do que é vida passou a ser um problema para os cientistas da época, pois até então, o único tema que se dedicavam a estudar eram os seres vivos a partir da sua concepção, ainda não se tinha nenhuma definição do que podia ou não ser considerada vida (CARVALHO et al., 2006).

A discussão em torno do tema vida perdurou por muitos anos, não havendo um consenso entre cientistas, de uma forma simples para defini-la, a discussão acerca desse tema se arrastou ao longo de décadas. Os filósofos definiam a vida como a existência de uma matéria e a forma, como sendo partes inseparáveis, quando uma faltava, a outra deixaria de existir. A religião definia a vida como um “ato de passagem”, pois além da vida terrena, que vivenciamos, existia a vida eterna quando a alma se separasse do corpo. O vitalismo

acreditava em um princípio vital, que mais tarde foi considerado como sendo a alma dos seres vivos (BELLATO, 2007).

A partir do ano de 1930, os cientistas buscaram um modo para explicar de maneira abrangente a vida, passando a criar mecanismos para estudar os processos químicos celulares que acontecem para definir que ali tenha vida. No que se refere aos seres humanos, a vida é considerada a existência do mesmo desde a sua concepção, que posteriormente se findará no cessamento dos sinais vitais, caracterizando a sua morte (CARVALHO, et al.; 2006)

### 2.1.2 Morte

Segundo Junior (2011), a morte é um fato extremamente amplo, possui diversos meios e respostas possíveis, não é um fato conclusivo e definitivo, pois cada um em suas particularidades irá definir a morte de acordo com suas crenças e convicções, sejam os ramos da filosofia, do cristianismo ou da ciência, cada um terá a morte de uma maneira distinta.

Os meios religiosos e filosóficos tentaram ao longo de anos, definir o que seria a morte e, por vezes a definiram de uma maneira poética. Esses dois meios tentam a todo custo trazer uma definição para o tema e obter uma explicação para tal fato, além de encontrar um destino para o homem. Cada indivíduo irá ver a morte segundo o ambiente em que foi criado, segundo suas crenças e convicções, além das influências culturais que está inserido (LANA; PASSOS, 2008).

A morte durante anos foi vista de maneira poética, servindo de inspiração a poetas, escritores, roteiristas e estudiosos em geral, dentre esses fatos um ponto que chama a atenção é o que muitas vezes a morte é vista como algo que pode ser revertido, mesmo que a ciência ainda hoje não tenha conseguido nada parecido (JUNIOR, 2011).

Bretas, Oliveira e Yamaguti (2007) afirmam que a morte não é um fator isolado, não é apenas e simplesmente um processo biológico, mas sim um conjunto de acontecimentos, de construção social. Ainda hoje, mesmo que se depare com a morte de maneira involuntária em todos os ambientes que estamos expostos, o local onde a mesma está mais inserida é no ambiente hospitalar, os hospitais e serviços de saúde ainda são os principais palcos onde a morte acontece.

A morte de maneira objetiva pode ser definida como o cessamento dos sinais vitais, a mesma se dá através da parada das funções cerebrais, parada respiratória e/ou por todo o sistema circulatório. É definida como sendo o encerramento das funções vitais e consequente separação do corpo e da alma. Nas mais diversas culturas, sejam elas filosóficas e/ou

religiosas, a vida e a morte foram sempre questionadas. Mesmo com o passar dos séculos a morte ainda é considerada um tabu, a sociedade tenta interditar esse tema podendo ser muitas vezes representada como um sinônimo de fracasso (COSTA; MAZZAIA, 2010).

A simples menção da palavra morte já gera sentimentos dos mais variados e angustiantes, esse não é um fato incompreensível, pois atinge a todos sem distinção alguma. O mistério da morte é um enigma a ser desvendado e controlado pela ciência humana, pois ao indivíduo que passa a vida toda apegado no que há de material, com certeza a morte irá significar o fim de tudo, tudo o que sonhou e planejou. Já para quem cultivava muito mais que simplesmente as coisas materiais, a morte pode significar apenas mais um pedaço da vida (MATOS, 2009).

Por mais que a morte seja um fato inevitável, aqueles que ficaram para trás sofrem dos mais variados tipos, para lidar com esses sentimentos tão fortes é necessário que a pessoa encontre um canal por onde ela possa extravasar todo esse sentimento, é preciso encontrar um meio para se expressar de modo a aliviar todo o sofrimento e angústia gerada pela perda (CARVALHO, et al., 2006).

Logo após a morte de um ente querido, um amigo, um parente ou um paciente, a pessoa tende a entrar num processo de superação desse momento, pois tentar suprimir esses sentimentos pode gerar tantos outros problemas na vida desse indivíduo e por vezes, permitir que esse sofrimento domine sua existência, assim a pessoa entra num processo de luto (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2007).

Em todo o passar dos séculos, nas mais diferentes culturas, a vida e a morte vem sofrendo constantes questionamentos sejam essas culturas filosóficas, religiosas e científicas. São diversas as definições utilizadas a respeito da morte, porém realizando uma comparação a todas as referências de modo geral, ela é definida como o cessamento das funções vitais e a separação do corpo da alma (BERNIERI; HIRDES, 2007).

A morte de modo geral é encarada como o final da existência do ser humano, porém no percorrer da nossa existência sofremos diversos tipos de morte. A primeira morte ocorre no ato do nascimento, com o rompimento do cordão umbilical e a separação do feto da mãe, feto este que a partir de agora terá que lidar com todas as intempéries do mundo aqui do lado de fora (BRETAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2008).

A segunda forma de morte é a passagem da infância para a adolescência, quando o corpo perde todas as características comuns até ali e começa a passar por uma série de modificações que podem bagunçar com o psicológico de qualquer criança, pois as mudanças

vão muito além das modificações no corpo da mesma, ocorrem também em todo seu modo de agir, de pensar e de se portar diante do outro. Como terceira forma de morte, temos a passagem da juventude para a terceira idade, quando se percebe que nada pode ser feito para combater o tempo ou adiar o envelhecimento. É aquele momento em que olhamos no espelho e nossas rugas e essa não nos permite mais realizar nosso reconhecimento, onde o simples fato de viver já se torna um fardo pesado demais (MOTA et al., 2011).

Convivemos com o ditado de que a única certeza que temos na vida é a certeza da morte, porém não é nada fácil aceitá-la quando a mesma bate em nossa porta. A morte muitas vezes é encarada como um processo natural que vem de maneira inevitável, sendo que de uma forma ou de outra um dia atingirá a todos, é fato universal, entretanto não há quem consiga idealizar a sua própria morte, sendo tão egoísta a ponto de não imaginarmos um mundo onde não existimos (SILVA et al., 2014).

Pode-se dizer então que a morte nada mais é do que um acontecimento que gera medo, pavor e não há quem não a tema. Muitas vezes pode significar o fim de tudo, o término dos planos de toda uma vida, acabam-se os valores, caem por terra os conceitos, nada mais importa. Diante do fato inevitável da morte podemos iniciar um processo de questionamento, passamos a indagar o que será de nós, para onde vamos, o que nos acontecerá, se realmente existe vida após a morte, essas indagações vão variar de acordo com as crenças e a religiosidade de cada um (COSTA; LIMA, 2006).

O medo de morrer deve estar sempre nos acompanhando, para que quando nos depararmos com a morte, esta não nos pegue desprevenidos, porém esse temor precisa ser de maneira equilibrada, não pode nos impedir de realizar nossas funções cotidianas. As pessoas que sofrem uma perda iniciam um processo de busca pela superação. O período da morte passa por fases emocionais predefinidas como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Porém, estas fases se instalam de maneira muito peculiar e variam de indivíduo para indivíduo, pois nem todos passam obrigatoriamente por cada uma dessas fases. (SILVA et al., 2014).

Falar sobre a morte ainda é analisada como um tabu, sendo considerado de extremo mau gosto, mesmo que todos tenham a consciência concreta de nossa finitude. O fim da vida possui dois pontos de vista, um por meio da ciência, e outro por meio da sociedade. Quando uma pessoa morre o sentimento que fica é a saudade, a dor, o vazio e a solidão, a matéria não existe mais. Este vazio gerado pela morte não atinge apenas as pessoas da convivência do

paciente, mas toda a sociedade a qual aquele paciente fazia parte anteriormente à doença (SANTOS; BUENO, 2011).

## **2.2 Como a Enfermagem Lida com a Morte**

Em todo o mundo e principalmente entre os profissionais de saúde há um processo de negação da morte, ou como preferem se referir, com o óbito. Cada indivíduo tem uma maneira distinta de perceber a morte de modo individual, isto pode ser influenciado pela cultura em que está inserido ou até mesmo suas características pessoais, outras coisas que podem interferir nesse processo são as influências do convívio social e dos meios de comunicação (SOUZA; ALMEIDA, 2012).

O profissional enfermeiro encontra-se num cenário de diversidade e a morte é um desafio constante, visto que, diariamente vivem em conflito com ela, sempre lutando pela vida e contra a morte. O profissional da saúde toma para si a responsabilidade de curar o paciente, de salvar a sua vida e de aliviar a dor. Busca-se constantemente preservar a vida e a morte é vista como um fracasso, por esse motivo é duramente combatida (SANTOS; BUENO, 2011).

Geralmente o profissional que está mais próximo à família e ao paciente nos momentos mais difíceis é o enfermeiro, que atua de maneira contínua e integrada, que presta todos os cuidados imediatos e esclarece todas as suas dúvidas. O enfermeiro lida diariamente com o sofrimento alheio, conhecem seus temores e suas angústias decorrentes de várias situações rotineiras como o simples ato de cuidar (SOUZA; ALMEIDA, 2012).

Para que o enfermeiro possa exercer de forma eficiente a prestação de cuidados ele precisa ter conhecimento teórico e prático acerca do problema de saúde do paciente. O profissional enfermeiro deve ter conhecimento e habilidade para lidar com o sofrimento de terceiros, precisa saber lidar com seu próprio emocional frente a um paciente, que pode ou não ter alguma perspectiva de cura (BERNIERI; HIRDES, 2007).

É necessário que se tenha um olhar diferenciado para poder identificar necessidades reais de cada indivíduo e compreender o que parece imperceptível. O profissional deve compreender todo o processo de morte, para assim dar todo o suporte necessário ao paciente, seja através de palavras e de ações, indo através desse cuidado, muito além de simplesmente prestar apoio ao paciente, mas também a sua família. Quando o enfermeiro não se familiariza com a situação e não possui conhecimento suficiente acerca do assunto, pode desenvolver um

afastamento do paciente, tendo esse afastamento como forma de se proteger da situação que estará exposto (POZZER et al., 2012).

Entre todos os profissionais que precisam lidar diariamente com a morte, o enfermeiro é quem está mais susceptível a sofrer com ela, pois o mesmo está inserido no dia a dia do paciente, é ele quem presta cuidados diretamente ao cliente, de modo que é ele também quem mais vive o sofrimento do paciente e da sua família. Em um ambiente hospitalar a morte é vista em quase sua totalidade como sendo um sinal de derrota (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009).

No ambiente hospitalar é de total importância que haja um modo de falar sobre a morte entre os profissionais, servindo como um meio de escape e alívio para seus profissionais é interessante que haja uma equipe multiprofissional que trabalhe no âmbito de dar o apoio necessário àqueles que não estão habituados a lidar com o óbito, a morte está inserida em todo o percurso de vida do ser humano, faz parte de todo o seu ciclo, essa pode causar modificações severas nas pessoas e gerar marcas profundas nos indivíduos (BERNIERI; HIRDES, 2007).

A morte para profissionais como psicólogos, médicos e enfermeiros faz parte do dia a dia das profissões e acaba por se tornar uma espécie de companheira de trabalho. Quando a notícia de que todos os meios médicos já foram utilizados, porém que nenhum deles será suficiente para manter a vida do mesmo, um sentimento de profunda tristeza se abate sobre a equipe que cuida desse paciente (BELLATO, 2007).

O profissional enfermeiro está totalmente exposto as mais variadas situações de conflito, uma delas se torna evidente quando a profissional presta cuidados a um paciente que se encontra em fase terminal. Este fato faz com que o enfermeiro sofra diversas sensações frente à morte. O ato de cuidar do outro vai muito além de simplesmente realizar seu trabalho, é uma doação diária que afeta o indivíduo que recebe o cuidado de forma integral (POZZER et al., 2012).

O que se espera por parte da equipe de enfermagem é que a mesma desenvolva ações de modo a dar ao cliente o melhor fim possível, se a morte se tornou um fato inevitável, que seja menos devastadora, que o indivíduo sinta-se apoiado, importante, para que possa "morrer" em paz da melhor forma possível. O que se espera da equipe é que ela proporcione o melhor fim possível ao ser humano que está sob seus cuidados. Assim como o nascimento, a morte é um fato de extrema importância na vida de quem os vive e presencia (COSTA; LIMA, 2006).

Prestar cuidados a uma pessoa que está morrendo nos faz pensar sobre a fragilidade da vida, sobre a importância da mesma e, muitas vezes, exige do profissional enfermeiro que se supere continuamente. O enfermeiro deve buscar vivenciar a morte como um processo aceitável, pois a partir do momento em que ele ver a morte como algo natural e corriqueiro, pode se tornar imparcial a esse fato e passar a ter uma posição de distanciamento dos pacientes, de frieza (OLIVEIRA; BRETAS; YAMAGUTI, 2007).

A negação da morte seria talvez a melhor forma de não estar em contato com ela e assim, evitar a dor e a frustração entre os profissionais da área, esse processo de negação nos levaria a viver de maneira ilusória, com uma falsa ideia de imortalidade. Porém, se o medo da morte se tornar constante, deixaríamos de sonhar e de planejar um futuro, deixaríamos de traçar metas, então se faz necessário um equilíbrio entre o que sentimos e a maneira como nos portamos (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009).

Atualmente o que mais se ouve é que nem nas instituições de saúde tampouco nas de educação superior, os profissionais são preparados para lidar com a morte. Como é possível que cursos da área da saúde não abordem esse tema? Os enfermeiros muitas vezes não aceitam a morte como um alívio ao sofrimento do paciente e insistem que trabalham tão somente para a manutenção da vida que passa a negá-la (MOTA et al., 2011).

Compreender a morte como um fracasso é resultado da formação acadêmica do enfermeiro, pois deixa de abordar e promover discussões relacionadas a esse tema e suas concepções e sentimentos sobre o assunto. Para o enfermeiro, manter um distanciamento do paciente é necessário, pois evita prejuízos maiores, sendo eles emocionais e/ou psicológicos. O fato é que não se pode falar em morte sem antes falar em vida. A enfermagem está ligada a todo o processo de cuidar do outro, portanto, prestar esse cuidado a quem está morrendo é muito difícil (BELLATO, 2007).

Neste período que antecede a morte iminente e irreversível os sentimentos se encontram a flor da pele, não só no paciente que está em fase terminal, mas também em toda a sua família e pessoas que os rodeia. É extremamente difícil para quem é cuidado e também para quem cuida. Os enfermeiros dedicam-se às suas atividades diárias em meio a muitos sentimentos e não se encontram totalmente trabalhados para tal fato (BRETAS; OLIVEIRA, YAMAGUTI, 2007).

Toda a área da saúde apresenta dificuldades em lidar com o cuidado a pacientes em fase terminal, tudo isso está relacionado à inabilidade desses profissionais em lidarem com tal fato. O enfermeiro se encontra em meio a sentimentos dos mais variados que se instalam com

a proximidade da morte. O enfermeiro lida com frequentes conflitos dentro de si, buscando formas de enfrentar a dor e a angústia de perder esse paciente. Todos os dias esses profissionais irão conviver com a perda de clientes, principalmente daqueles clientes com os quais mais se cria apego (MOTA et al., 2011).

Muitas vezes se ouve que não deve-se chorar, evitar demonstrar tristeza, que é preciso ser forte, porém não é tão fácil assim aplicar esses fatos à realidade, frequentemente chorar é tudo o que resta a fazer, só não pode demonstrar essa tristeza perante o paciente, pois tudo o que ele precisa receber nesse momento é carinho e atenção. Talvez, as pessoas mais adequadas para atuar na área da saúde fossem aquelas que conseguem manterem-se frios, mesmo com todas as ocorrências do dia a dia, de morte e sofrimento, sejam aqueles que não absorvem nem tomam para si o sofrimento alheio e facilmente conseguem se manter perto o bastante para prestar os cuidados necessários e longe o bastante para não sofrer junto a eles (SANTOS; BUENO, 2011).

A linha tênue da enfermagem é o afeto, o cuidado exclusivo, a dedicação. Mais que apenas saber realizar suas atividades profissionais é necessário saber sentir. O maior desafio da enfermagem na atualidade é implementar o atendimento humanizado, prestar cuidados com um olhar diferente. O profissional que se preocupa com a qualidade do cuidado prestado, com certeza o exerce melhor (COSTA; LIMA, 2006).

O cliente sob nosso cuidado deve ser atendido de maneira holística, com acolhimento e confiança entre o enfermeiro e o paciente, mesmo que por vezes a assistência seja prejudicada pela falta de estrutura das instituições e a falta de preparo do profissional para enfrentar tal fato. O cuidado prestado ao paciente em fase terminal deve ser baseado em carinho, um simples toque pode fazer toda a diferença, são ações simples que ficarão marcadas na memória do paciente. O paciente deve manter a melhor qualidade de vida possível no tempo que lhe resta (OLIVEIRA; BRETAS; YAMAGUTI, 2007).

A implantação do SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) é um meio de tentar encarar o sofrimento gerado pela morte em aprendizado, deve ser implementado em todas as fases do cuidado e do tratamento, serve de base para respaldo na saúde do enfermeiro. Quando o enfermeiro encara diretamente a morte, ele se fecha numa armadura onde presta todo apoio a família e acaba guardando todo o seu próprio sentimento dentro de si, acumulando sua própria dor (BELLATO, 2007).

É necessário que se trabalhe todo o aspecto emocional e psicológico dos profissionais enfermeiros, pois a morte faz parte do dia a dia hospitalar, na hora da despedida,



o enfermeiro deve proporcionar todo o amparo necessário para a família e o paciente, deve ser sutil na hora de informar o óbito. É importante prestar um cuidado de qualidade e fornecer todo o apoio e informações possíveis (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009).

A humanização trata da valorização do ser humano, do respeito ao ser como um todo, tudo isso embasado na ética profissional, esta deve estar inserida em todos os processos. A humanização defende que a morte não é um inimigo que deve ser combatido, pois ela faz parte da vida de todo ser humano, desse modo garantir o bem-estar da pessoa é fundamental mesmo quando a possibilidade de cura não existe. O paciente deve ser tratado de maneira humanizada em todos os momentos, pois a humanização no tratamento visa a valorização da qualidade do atendimento prestado, respeitando suas características psicológicas, biológicas e sociais do ser humano. O processo de humanização na enfermagem se baseia na importância entre a comunicação e a integração dos profissionais da área da saúde (AGUIAR et al., 2006).

Os enfermeiros apesar de terem a vontade de prestar o atendimento de forma humanizada, sentem extrema dificuldade em prestar essa assistência, muitas vezes eles não sabem lidar com seus próprios sentimentos o que dirá de tratar dos sentimentos alheios. O enfermeiro deve desenvolver qualidades como ouvir, esclarecer, compreender e deve atuar sempre de modo a favorecer o tratamento prestado. O profissional enfermeiro deve repensar o modo com que age diante da morte, para que assim possa mudar suas atitudes, seu modo de agir (SANTOS; BUENO, 2011).

Quando existe interação entre o paciente e o profissional, amplia-se a capacidade de compreender o que o paciente diz e o que este possa porventura responder. A comunicação é de fundamental importância, seja essa comunicação verbal ou não verbal. A comunicação não verbal se mostra de grande relevância nessa fase, pois muitas vezes o estado de saúde do paciente é tão grave que não o permite comunicar-se verbalmente (MOTA et al., 2011).

Estes meios de comunicação não verbal, baseado na troca de mensagens, diminuem as dificuldades de interlocução e ajudam a superar alguns obstáculos no processo de comunicação, mas para realizar esse tipo de conversa, o profissional deve estar preparado e capacitado para trabalhar a comunicação com o paciente, pois o fato de se fazer entender gera um sentimento de tranquilidade no paciente. É importante que os profissionais enfermeiros busquem de maneira eficiente minimizar o sofrimento do paciente, para que este tenha qualidade de vida mesmo no fim da mesma. O enfermeiro deve proporcionar um ambiente calmo e tranquilo para a família e para o paciente (SANTOS; BUENO, 2011).

Existe o entendimento de que o profissional da enfermagem carrega consigo todo o conhecimento técnico e científico necessário, o que lhe falta é o preparo emocional. O paciente deve ser avaliado na sua totalidade, inclusive nos seus aspectos psicológicos. Na relação enfermeiro/paciente é fundamental que se instale uma comunicação mais estreita com base no cuidado. Nunca se deve esquecer que o paciente é um ser humano em sua totalidade, mesmo quando se encontra em fase terminal (BELLATO, 2007).

Os enfermeiros desde sua graduação possuem um compromisso com a vida, devendo trabalhar o âmbito de preservá-la, porém não se pode ver na cura do paciente seu único momento de satisfação, pois, no momento em que tiverem de vivenciar a morte precisarão estar preparados e tranquilos a respeito do papel que desempenhou. Sendo assim, o que se aprende é que a morte faz parte do ciclo natural da vida (BRETAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2008).

É de total importância que haja o estabelecimento de uma comunicação bem-sucedida entre enfermeiro e paciente, o cuidado deve ser colocado como ponto mais importante, cuidado esse humanizado, não se esquecendo das características individuais do ser humano. O enfermeiro está presente em todo o processo de morte e morrer, devem reexaminar sua postura frente a essa situação, modificar seu modo de atuação, seu modo de prestar cuidados, de dar atenção e acolher a família e paciente frente as suas mais variadas necessidades (MOTA et al., 2011).

O profissional que se preocupa com a qualidade do cuidado prestado ao paciente em todos os momentos, o presta de maneira bem mais sutil e eficiente. A humanização é o foco principal e o primeiro passo para a mudança. O enfermeiro participa de forma ativa da vida do paciente, presta esclarecimentos e orientações quanto ao quadro de saúde do paciente, bem como ouve suas angústias e aflições. O convívio com a dor do próximo deve ser estímulo para se relacionar melhor com sua própria dor (NASCIMENTO et al., 2006).

A melhor maneira de lidar com os seus próprios sentimentos e emoções é enfrentá-lo, por isso se faz necessário ouvir e valorizar todos os sentimentos envolvidos no processo é evidente que o enfermeiro tem total compromisso perante a vida, porém necessita vivenciar o término dela de maneira serena. Os conflitos pessoais são detectados com frequência na atuação do enfermeiro recém-formado e, de forma mais sensível e humanizada, busca-se garantir a assistência ao paciente na hora da morte (OLIVEIRA; BRETAS; YAMAGUTI, 2007).

Azeredo, Rocha e Carvalho(2011)relatam que os profissionais de saúde se sentem obrigados a manter a vida do paciente e lidam com a morte como algo frustrante, vendo a ocorrência da mesma como uma falha de sua atuação diante do propósito da sua profissão, que é o de restaurar vidas, consideram a morte como um fracasso, não de si somente, mas de toda sua equipe, com isso, sentimentos como tristeza, angústias e derrota passam a tomar conta do ambiente de trabalho. O despreparo dos acadêmicos e a dificuldade em discutir o tema morte fazem com que os profissionais se sintam arredios, indecisos, duvidosos e se distanciem dos pacientes que estão à beira da morte, dificultando todo o processo de tomada de decisões.

### **2.3 O Luto**

O luto é um processo que se instala logo após a perda de alguém, é um processo de angústia resultante de uma grande perda. Ao contrário do que se diz o luto não é uma doença, nem tampouco um transtorno ou distúrbio. O luto não é algo que necessita de cura, ele necessita tão somente ser superado. O indivíduo que se encontra num processo de luto, necessita de acolhimento, de atenção, precisa se confortar, se conformar (BERNIERI; HIRDES, 2007).

É comum que no dia adia as pessoas tendem a encarar o luto como algo que não necessita de atenção, que deve ser ignorado, que não deve ser vivido, porém isso é um grande engano. Para a pessoa que passou por uma perda, viver o processo de luto em seu ritmo é de total importância para a sua vida, sendo necessário que o indivíduo passe por todos os processos do luto, cada um a seu tempo, para que ele possa sair desse processo mais firme e forte (BERNIERI; HIRDES, 2007).

O luto é um processo que pode ser longo ou curto. O que vai determinar o tempo que cada um irá permanecer nesse processo é o grau de afinidade que tinha com o falecido, o tipo de morte que houve, o estado emocional e psicológico do indivíduo que sofreu a perda, bem como outros diversos fatores que podem influenciar nesse processo. O luto segundo a literatura pode ser dividido por fases e cada indivíduo passará por cada uma delas de maneira distinta (AGUIAR et al., 2006).

O luto é dividido em cinco fases diferentes, cada indivíduo que vier a passar por uma perda terá de passar por esse processo, porém cada um pode pular fases, ou vivê-la numa sequência particular. A falta de compreensão a esse quadro emocional do indivíduo pode alterar a maneira como ele irá superar essa fase (RIBEIRO; BARALDI; SILVA, 2008).

Durante o luto a tristeza é um sentimento que acompanha o indivíduo durante todo o processo, com ela podem estar outros sentimentos: angústia, pesar, dor, choros recorrentes e aparentemente sem motivo, desânimo e etc. No entanto, o luto não afeta somente o psicológico da pessoa, ele pode trazer consigo alterações no estado físico do indivíduo, dores no corpo, cansaço e dormência, estas são algumas das alterações acarretadas pelo luto (OLIVEIRA; AMORIM, 2008).

As fases do luto podem ser divididas em: negação e isolamento; raiva; barganha; depressão e aceitação. Em cada uma dessas fases existe toda uma característica própria, com sentimentos e ações diferenciadas em cada uma delas. Kubler-Ross defende que essas fases podem ser aplicadas a qualquer perda significativa que uma pessoa sofra, podendo cada uma dessas fases aparecerem em qualquer ordem de evolução e durar por um tempo indeterminado (AGUIAR et al., 2006).

No âmbito profissional o luto pode tomar dimensões significativas tanto no âmbito emocional, como no intelectual, físico, espiritual e social, em cada um desses o profissional terá desencadeado sentimentos distintos. Emocionalmente o indivíduo sofrerá com o choque, a sensação de perda, agitação, negação, raiva, culpa, tristeza, solidão e apatia (SANTOS; BUENO, 2011).

No âmbito intelectual o profissional irá sofrer pela descrença, preocupação, desorganização, baixa concentração, déficit de memória e confusão. Fisicamente apresenta aperto no peito, nó na garganta, falta de apetite, insônia, falta de ar, vazio no estômago e distúrbios alimentares. Espiritualmente tem perturbações do sono, sonhos frequentes e recorrentes, questionamentos quanto aos seus próprios valores e a existência de Deus, e socialmente perde temporariamente sua identidade, se isola, não interage e não se relaciona (OLIVEIRA; AMORIM, 2008).

Uma das formas de determinar o fim do luto é perceber se o indivíduo já consegue falar sobre o ocorrido sem sofrer, se já não apresenta nenhuma manifestação psicológica ou física a esse respeito, se conseguiu retomar a sua vida e se adaptou aos novos fatos e acontecimentos. Não é possível prever a duração do luto e nem tampouco sua intensidade (VARGAS; RAMOS, 2006).

Culturalmente tende-se a reconhecer a morte como sendo algumas melhores e outras piores, as mortes de crianças e as mortes que se dão repentinamente são quase que inaceitáveis, assim, dependendo do tipo de morte que ocorreu e o tipo de pessoa que morreu,

irá gerar sentimentos diferentes e modos distintos de lidar com esses fatos, determinará como o luto será vivenciado (POZZER et al., 2012).

#### **2.4A Enfermagem e o Paciente Terminal**

Atualmente, os avanços tecnológicos no ramo da medicina têm possibilitado a realização de uma “manutenção” da vida, apesar das doenças existentes. Mesmo que um indivíduo esteja doente, sem nenhuma possibilidade de cura, a ciência traz a possibilidade de prolongar ao máximo a vida do mesmo, garantindo-lhe o mínimo de condições e de qualidade de vida (SANTANA et al., 2009).

O paciente quando não há mais possibilidade de cura da sua doença, lança um desafio no que se refere aos cuidados principalmente para a equipe de enfermagem, pois está intimamente, rotineiramente e constantemente ao lado desses pacientes, prestando toda a assistência necessária desde a alimentação, higiene e medicação. A enfermagem, por vezes, está mais intimamente ligada ao paciente do que sua própria família (BIONDO; SILVA; SECO, 2009).

O paciente em estado terminal por vezes apresenta não só o desequilíbrio na sua saúde, mas também no seu psicológico, no seu estado emocional. A morte por si só já acarreta diversos transtornos e sofrimentos, mas o fato de saber antecipadamente de sua morte e vê-la com um prazo predeterminado e irremediável é ainda mais perturbador.

Para a enfermagem um fator fundamental no que se refere aos cuidados do paciente terminal é o cuidar além de suas condições físicas, cuidar além das condições terapêuticas, engloba o cuidar psicológico, emocional e o espiritual, dentro das crenças, realidade e convicções de cada um, passando assim a prestar um cuidado definido como Cuidados Paliativos (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011).

#### **2.5 Cuidados Paliativos**

Cuidados paliativos são, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados prestados de maneira integral e individualizada àquele paciente que sua doença não possua mais cura. Deixa então de ser prestado um cuidado curativo e passa então a ser prestado um cuidado paliativo, amenizando os sintomas e garantindo a esse uma qualidade relativa de vida até que essa se encerre (PINTO et al., 2011).

No Brasil, esse modelo de atendimento vem sendo descrito desde a década de 80, ainda nos reflexos do regime militar, trouxe à tona discussões até então negadas: como cuidar

de alguém que não vai se curar? Essa pergunta gerou muitos debates e modificou a forma dos serviços de saúde verem e tratarem dos pacientes sem prognóstico. No ano de 1997, foi criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, que tinha como principal objetivo integrar os meios científicos à prática dos cuidados paliativos ao paciente terminal (BRAGA et al., 2010).

Os mesmos autores relatam que esse modelo de cuidado trata-se de um modelo de cuidados diferenciado, que visa não somente o paciente, mas também a sua família, pois a morte como fator irreversível é desolador para alguns. A espera pela morte é sacrificante e traumatizante, exige preparo e amparo emocional e psicológico tanto para paciente quanto para familiares.

A prestação de cuidados paliativos exige a ação conjunta de uma equipe multiprofissional, é uma modalidade terapêutica que possui baixo custo, baixa tecnologia e alto contato e material humano e humanizado. Busca evitar que os últimos dias do paciente sejam dias perdidos, adapta os cuidados segundo a necessidade de cada paciente (BRAGA et al., 2010).

A OMS, no ano de 2002, publicou em revista científica que cuidados paliativos são abordagens que têm como principal objetivo promover a qualidade de vida até o findar da mesma, visa não somente o paciente, mas também sua família e tem como base para suas ações realizar a prevenção e o alívio do sofrimento, para que seja aplicada de maneira satisfatória é necessário que haja a identificação das necessidades do paciente e família, avaliação contínua do quadro do mesmo e o tratamento à dor, das alterações físicas, psíquicas, sociais e espirituais (ANCP, 2012).

Os cuidados paliativos devem ser elaborados e prestados de maneira individualizada, deve se adequar a realidade e as necessidades de cada indivíduo, os familiares devem estar inseridos no planejamento dos cuidados e devem ser respeitadas, ainda, as vontades e limitações de cada paciente, de modo que o seu direito de autonomia não seja ferido (FRATEZI; GUTIEREZ, 2011).

A aplicabilidade dos cuidados paliativos baseia-se em três princípios básicos de atuação, a preocupação no combate a dor e ao sofrimento do paciente, a preocupação com a condição clínica do paciente e com seu estado psicológico e a decisão e delimitação das ações de modo que não fira os princípios de autonomia do paciente e o papel dos representantes legais dos mesmos (MOTTA, 2010).

## 2.6 Princípios da Bioética

Os princípios que norteiam a atuação das equipes de profissionais envolvidos na assistência à saúde do paciente, o princípio da não maleficência e o princípio da beneficência. De acordo com o princípio da não maleficência o profissional tem como obrigação não causar mal ou dano ao paciente de maneira intencional. É considerado por muitos como sendo o princípio básico da atuação dos profissionais da saúde e por ele são definidos os princípios da ética profissional (MOTTA, 2010).

O princípio da não maleficência é um princípio ordenado pela máxima de nunca deixar de socorrer um indivíduo, ou ao menos, não atuar de maneira que lhe cause danos, esta máxima deriva da frase em latim “*primum non nocere*” e é uma exigência de moralidade na classe médica. É um dever do profissional, não o seguir implica em negligência e/ou má prática profissional (BOTEGA, CAMPOS, 2011).

A não maleficência tem fundamental importância na atuação na área da saúde e por vezes o risco de causar danos ao paciente está bem próximo do fato de realizar o procedimento indicado. Na atuação profissional o risco/benefício é fator constante de discussões quanto à necessidade e a possibilidade de se realizar um procedimento (DINIZ, 2008).

Em contrapartida o princípio da beneficência está intimamente ligado à excelência profissional, relatado desde os primórdios da medicina grega e no juramento de Hipócrates onde o mesmo dizia: “usarei o tratamento para ajudar os doentes, de acordo com minha habilidade e julgamento e nunca utilizarei para prejudicá-los”, a grosso modo, beneficência significa fazer o bem (BOTEGA; CAMPOS, 2011).

Na prática quer dizer que de modo algum os profissionais devem usar seus conhecimentos para fazer mal a um paciente, devendo atuar sempre de modo a gerar o bem, tendo como obrigação moral estar atuando em benefício do outro. A prática da beneficência deve ser seguida por todas as profissões que atuam com base nas ciências biomédicas, visando fazer apenas o bem ao paciente, do ponto de vista ético, técnico e assistencial (DINIZ, 2008).

É embasada na atuação do profissional que necessita utilizar suas técnicas, conhecimentos e serviços de saúde para agir em serviço do bem do paciente, levando em consideração todas as características do paciente, suas individualidades e ser aplicada desde a tomada de decisão, sempre atuando de maneira a minimizar os riscos e maximizar os benefícios em todas as suas ações (MOTTA, 2010).

A atuação sobre o princípio da beneficência vai além de simplesmente não causar mal aos pacientes, sua realização exige que os profissionais atuem de maneira positiva, que visem sempre o bem estar do paciente, se faz necessário que apliquem a análise do custo/benefício antes de realizar um procedimento ou tomar uma atitude (BOTEGA; CAMPOS, 2011).

## **2.7 O Paciente Terminal e o Direito de Escolha**

O paciente terminal e seus familiares por vezes, quando a doença está apenas piorando e não possuem mais nenhuma esperança de melhora do seu quadro de saúde e prognóstico, tendem a tomar decisões que desafiam a prática da saúde. A opção por interromper um tratamento, abandoná-lo, ou ainda, mudar e tentar auxílio de outros modos (cura divina, cura espiritual, tratamentos alternativos), acarreta grande discussão entre os membros da equipe de saúde (SANTANA et al.; 2009).

Porém deve-se lembrar sempre que a decisão médica não pode sobressair a decisão do paciente em plenas faculdades mentais, nem de sua família, quando a mesma responde pelo paciente. O que devesse fazer é discutir com os envolvidos a fim de encontrar um meio termo que atenda as vontades e possibilidades de ambos os lados (REGO; FRANÇA; NUNES, 2010).

Muitas vezes observa-se que a vontade médica se sobrepõe a todas outras, porém, caso o paciente deseje interromper e/ou mudar de tratamento e essa decisão, por ventura, não seja acatada pelos profissionais envolvidos, o paciente possui meios legais para buscar seu direito de autonomia (NETO, et al., 2010).

O princípio da autonomia é baseado na capacidade que cada indivíduo tem de decidir por aquilo que implica a sua própria vida, para que seja exercido exige-se que o indivíduo possua capacidade mental de agir intencionalmente e possuir coerência em seus atos e pensamentos, exige ainda que o indivíduo esteja tomando suas decisões embasadas na sua própria vontade, sem estar agindo sobre pressão ou influência de terceiros (BOTEGA; CAMPOS, 2011).

O respeito ao princípio da autonomia é fundamental na área da saúde, principalmente quando se trata de um paciente terminal, pois significa ter respeito pelo paciente e por seu direito a possuir um projeto de vida, pontos de vista, realizar escolhas, tomar decisões, ter suas próprias convicções no que se refere a sua própria existência. O princípio da autonomia



está fundamentado no direito e na dignidade da pessoa enquanto ser humano (SANTANA, et al., 2009).

Na assistência à saúde o respeito à autonomia determina uma aliança entre os profissionais e o paciente, deve ser empregado sempre que for necessário tomar uma decisão ou atitude que implique de maneira direta na vida desse indivíduo, desde diagnósticos, realização de procedimentos e aplicação de medidas terapêuticas diversas (BOTEGA, CAMPOS, 2011).

O princípio da autonomia exige que os profissionais envolvidos na assistência adotem uma postura de esclarecimento, que mantenham sempre os pacientes informados a respeito do seu quadro de saúde, da patologia que o comete e dos tratamentos propostos, pois, para que o paciente tenha pleno discernimento para embasar suas decisões, ele precisa ter amplo conhecimento sobre todas as características do seu quadro de saúde (BOTEGA; CAMPOS, 2011).

## **2.8 Práticas Hospitalares Diante da Morte**

Dentro da realidade hospitalar existem diversas posturas que podem ser utilizadas em pacientes sem prognóstico, nas quais devem ser analisadas e embasadas cientificamente para que a melhor decisão seja tomada, sem atingir o paciente e sua família direta ou indiretamente de maneira negativa. As decisões tomadas quanto a esses pacientes devem ser feitas de maneira pensada e discutida com os demais membros da equipe, paciente e familiares, a fim de encontrar o melhor caminho para se tomar (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011).

Neste sentido de morte inevitável, o que se pode observar são duas circunstâncias distintas a “boa morte” e a “morte ruim”. Nesse aspecto, o que se pode definir como morte ruim é aquela onde as vontades de indivíduo e família não são acatadas, da maneira possível é claro, aquelas onde há sofrimento, negação da situação, revolta com o quadro, conflito entre o paciente e familiares, tudo isso gera um transtorno desfavorável e desnecessário ao paciente que já se encontra debilitado em razão de seu quadro de saúde (MARTA; HANA; SILVA, 2010).

A “boa morte” por definição é aquela em que há aceitação por parte do paciente e da família, está relacionada ao fato de familiares e paciente entenderem a aproximação da morte, em manter o controle da situação, que por mais triste que seja é também inevitável. A boa morte engloba diversos aspectos no que se refere a manutenção do cuidar, da visão ampla e

humanizada, a manutenção da dignidade humana e o respeito à privacidade (BOTEGA; CAMPOS, 2011).

Ainda, engloba ações como a escolha do local da morte, acesso a esclarecimentos e clara comunicação entre equipe de saúde e usuário do serviço, esclarecimento acerca de dúvidas e alívio dos sintomas, principalmente no que se refere a dor. A boa morte ainda exige um aporte e amparo psicológico e espiritual, de acordo com a crença de cada um, o fato de manter pessoas importantes próximas ao paciente, a proteção de seus direitos individuais e coletivos, a possibilidade de se despedir dos afetos, e ainda, o direito de não ter a vida prolongada de maneira indeterminada e/ou indefinida (BRAGA, et al, 2010).

O paciente terminal por vezes pede, suplica para morrer, morrer logo, morrer antes, veem nesse fato a saída para encerrar seu sofrimento e o sofrimento de seus familiares, nesse aspecto é importante mensurar o quanto esse indivíduo está sofrendo. O pedido de um paciente para morrer não pode ser ignorado, deve ser compreendido por todos, o que não significa que este pedido será aceito ou realizado (BIONDO, SILVA, SECO, 2009).

Outras vezes o pedido para que se antecipe a morte vem de um familiar, que num momento de desespero, já não aguentando mais ver o sofrimento de seu ente querido, pede para que providências sejam tomadas para antecipar a partida do mesmo. As famílias hoje em dia estão cada vez menores e cada vez mais dispersas, o que aumenta a pressão e a responsabilidade daquele que fica encarregado de responder por esse paciente, de tomar as decisões e tomar providências (BRAGA et al., 2010).

Outro fator que interfere nesse pedido é a duração da doença, quando o quadro clínico do paciente se arrasta por longos períodos, anos até, é comum que a tarefa de cuidar desse paciente se torne exaustiva e degradante, ainda mais com a evolução dos sinais e sintomas do paciente. Tal fato gera tanto o sentimento de impotência do familiar, como também o sentimento de “estar atrapalhando” no paciente (BOTEGA; CAMPOS, 2011).

Kovács (2010) afirma que escutar de um indivíduo um pedido para morrer não quer dizer que o profissional acatará ao pedido, que o fato de pedir para morrer não justifica uma prática de eutanásia, nem tampouco a realização de um suicídio, o fato de pedir para morrer não se refere em pedir para matar. São extremos distintos.

No que diz respeito ao paciente terminal, algumas práticas estão intimamente ligadas a esse momento, a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia, entram constantemente em discussão quando se trata do fato de prolongar ou encurtar a vida e, conseqüentemente, o sofrimento de um indivíduo. Porém a distanásia e a ortotanásia abordam a temática de se

ofertar dignidade no momento da morte do paciente, enquanto a eutanásia se refere à realização de ações diretas para que se possa provocar a morte do paciente, está se configurando crime. O esclarecimento do significado de cada uma dessas práticas altera toda a concepção que o paciente e os familiares possuem acerca das mesmas (BIONDO; SILVA; SECO, 2009).

Um contraponto que se encontra nesse quesito é a negação do processo da morte e a tentativa de retardá-la acima de tudo, o que implica na realização de investimentos e pedidos desesperados a fim de se manter a vida, apesar de tudo, utilizando-se de maneiras artificiais de manter a mesma, esse fato pode surgir tanto dos familiares que não aceitam a morte de seu ente querido e esperam muitas vezes na fé que um milagre ocorra e o paciente se cure, quanto da equipe de saúde como forma de “orgulho”, mais comumente por parte do médico, que não aceita “perder” para a doença, o velho ditado “no meu plantão ninguém morre”, o que faz com que esses profissionais esgotem todas as possibilidades de prolongar a vida, mesmo que essa não se dê com qualidade. Essas ações se enquadram na prática da Distanásia (SILVA et al., 2014).

De maneira clara podemos afirmar que quando se trata de práticas que possam ser aplicadas diante da morte iminente de um indivíduo, alguns temas são recorrentes, e carregados de dúvidas e mitos, a Eutanásia, a Distanásia e a Ortotanásia.

A Eutanásia se trata de aplicar meios nada ortodoxos a fim de interromper a vida de determinada pessoa, e apesar de aceita e praticada em alguns países como a Holanda, a Suíça, o Uruguai e a Bélgica, no Brasil a adoção dessa prática configura crime de homicídio, seja ele praticado por uma pessoa leiga ou por um profissional da saúde, onde aquele a quem o praticar, responderá judicialmente e criminalmente por tal ato, segundo a justiça e o código penal brasileiro (PITELLI; OLIVEIRA, 2009).

A Distanásia consiste na manutenção da vida e prolongamento da mesma acima de tudo, também conhecida como “orgulho médico”, se trata de utilizar todos os meios médicos e científicos para assim poder prolongar ao máximo a vida desse indivíduo, muitas vezes, vida essa que se dá sem qualquer qualidade, porém a realização de tal prática sem a necessária preocupação com a qualidade da vida prestada é futilidade, por vezes, aumenta o sofrimento dos envolvidos ativa ou passivamente (SILVA, et al.; 2014).

A Ortotanásia por sua vez é definida, geralmente, como uma variação da Eutanásia, se trata de permitir que a doença do paciente siga seu curso natural, sem intervenções graves, e deixar que ela, por si só, evolua até levar o paciente a óbito. Nessa modalidade terapêutica, o que se trata são os sintomas pontuais e que geram sofrimento ao paciente como a dor e a

fadiga, no mais, a doença não recebe mais tratamento ou intervenção para que deixe de evoluir, assim o ciclo da vida se encerra de maneira “natural”. A ortotanásia é definida muitas vezes como sendo a “morte correta”, a “morte certa” (SANCHES; SHEIDL, 2013).

Dentro do ambiente hospitalar, principalmente quando a morte é iminente e inevitável, é necessário que haja uma discussão entre os membros da equipe multidisciplinar que assiste o paciente, além de comunicação entre o médico, a família e o paciente, para que sempre seja tomada a decisão mais acertada e menos dispendiosa para ambos, de modo que o paciente mantenha o mínimo de qualidade de vida no tempo que lhe resta(DINIZ, COSTA, 2004).

Muitas vezes prolongar a vida de maneira indefinida pode significar mais tristeza e sofrimento ao paciente e seus familiares.

### 3. PROCEDIMENTOS METOLÓGICOS

O trabalho a que este se refere faz um levantamento de dados literários e bibliográficos. A pesquisa realizada através de levantamento bibliográfico é um método de pesquisa apaixonante, realizar um levantamento bibliográfico é parte de um processo destinado a potencializar o conhecimento enquanto pesquisador e ampliar os conhecimentos do público enquanto leitor (GALVÃO, 2009).

É também de caráter descritivo no que se refere ao exposto do assunto, trazendo levantamentos e esclarecimentos a respeito do mesmo a fim de se solucionar o problema gerador e alcançar os objetivos propostos e como contribuição para aumentar o conhecimento a respeito do tema (GIL, 2010).

A delimitação do tema central dessa pesquisa se deu de modo a assessorar na busca por materiais que possam alcançar de maneira objetiva o auxílio na realização do desenvolvimento desse trabalho, os materiais buscam auxiliar na explanação do conteúdo central do mesmo (GALVÃO, 2009).

Este trabalho utilizou-se de artigos científicos disponíveis em sites e fontes confiáveis, além de livros que abordam o tema, disponíveis em portais de acesso de origem confiável como o LILACS, que engloba literaturas latino-americanas sobre a área da saúde, e SCIELO.

O levantamento de dados se utilizou dos descritores:

- Eutanásia (aspectos éticos, legais e história)
- Distanásia (aspectos éticos, legais e história)
- Ortotanásia (aspectos éticos, legais e história)

Os materiais foram selecionados de maneira que sua data de publicação não tenha ultrapassado os 10 anos anteriores a este (2007-2017), dos quais foram utilizados como critérios de inclusão: abordarem as especificidades do tema central a que este se refere, e como critérios de exclusão: terem data de publicação maior que 10 anos, abordar de maneira

superficial o tema, não abranger as características de conteúdo a que este trabalho necessita para se desenvolver de maneira satisfatória.

Foram encontrados disponíveis cerca de 1.280 materiais que abordavam os temas centrais deste trabalho (eutanásia, distanásia e ortotanásia), após realizar a análise dos materiais encontrados e utilizando os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas 19 publicações para serem utilizadas na discussão deste trabalho, nas quais foram divididas entre as três propostas centrais deste.

Os artigos excluídos foram dispensados por apresentarem duplicidade, abordarem o conteúdo de maneira artificial, não apresentarem fonte fidedigna, terem data de publicação excedente há 10 anos.

Os artigos selecionados foram utilizados no desenvolvimento da discussão dos temas referentes a essa pesquisa, foram de fundamental importância para a construção do conhecimento acerca dos mesmos, bem como auxiliaram de maneira significativa para a elucidação do problema proposto e alcance dos objetivos.

## 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão discutidos e expostos os principais resultados obtidos por intermédio da análise dos materiais selecionados através dos critérios de inclusão e exclusão, expostos nos capítulo anterior, dentro de cada temática proposta, com o objetivo de descrever os principais fatores dentro de cada tema, definição e aspectos éticos e legais.

### 4.1 Eutanásia

Utilizou-se 6 publicações, descritas no quadro 1 abaixo, para se discutir a eutanásia, onde os autores descreveram as definições da prática, bem como a sua aplicabilidade.

**Quadro 1** – Literaturas utilizadas para a pesquisa sobre eutanásia.

Eutanásia	<ul style="list-style-type: none"><li>• COSTANZI, Thiago Gomes. Eutanásia: direito de escolha do paciente, Artigo de revisão, Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE, Centro de ciência jurídicas e sociaisCEJURPS, Curso de direito, Biguaçu-SC, Junho de 2008.</li><li>• DODGE, Raquel E. Ferreira, Eutanásia: aspectos jurídicos, Revista BioÉtica, v.7, nº 1, 2009.</li><li>• FELIX, Carlos, et al. Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia: revisão integrativa de literatura, Revista ciência e saúde coletiva, vol.18, nº9, setembro de 2013, pp.2733-2746.</li><li>• OLIVEIRA, Lorena Rodrigues de. Eutanásia: morte digna ou auxílio ao suicídio, Artigo de revisão, Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE, Faculdade de direito, ciências administrativas e econômicas- FADE, Curso de direito, Governador Valadares, Setembro, 2009.</li><li>• PITTELLI, Sergio Domingos; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. Eutanásia e sua relação com casos terminais, doenças incuráveis, estados neurovegetativos, estados sequelares graves ou de sofrimento intenso e irreversível e morte encefálica, Revista Saúde Ética e Justiça, 2009, 14(1):32-9.</li><li>• SILVA, Tiago Santos da. A eutanásia no direito Brasileiro, Universidade Gama Filho, Pós graduação em direito penal e processual penal, Rio de Janeiro, 2008.</li></ul>
-----------	--

Fonte: Própria.

Grosso modo, Oliveira (2009) define Eutanásia como sendo uma morte boa, calma, piedosa e humanitária, deriva do grego a palavra *euthanatos*, que significa *eu*: bom, *thanatos*: morte, ou boa morte. A eutanásia é definida como sendo a morte na hora certa.

Costanzi (2008) reafirma essas definições de eutanásia e ainda afirma que a mesma está intimamente ligada a ideia de conscientemente provocar a morte de um indivíduo e este ato pode estar relacionado e fundamentado em valores morais e sociais, por piedade, por compaixão ou por qualquer outra causa que fundamente a opção pela prática.

Pittelli e Oliveira (2009) relatam que de maneira etimológica a definição de eutanásia é conhecida por todos, discorrendo além da simples definição da palavra, eutanásia é a conduta tomada por aqueles que praticam o ato a fim de diminuir o sofrimento do paciente, é o ato de tomar uma medida que tenha como ação final a abreviação da vida do paciente, encurtá-la de modo que a mesma não cumpra o ciclo que teria tido de maneira espontânea.

Dodge (2009) define eutanásia como a “morte causada por conduta médica sobre a situação de paciente incurável e em sofrimento”, o que vai diferir a eutanásia da distanásia e da ortotanásia é o modo e o meio empregado para realizá-la, ainda que em todas elas, o procedimento seja indolor.

Felix et al. (2013) definem a eutanásia do ponto de vista clássico, onde a mesma consiste simplesmente no ato de tirar a vida de um ser humano. É o ato de abreviar a vida com o intuito de abreviar ou cessar o sofrimento dos pacientes. Os autores ainda relatam que o procedimento é ilegal no Brasil, apesar de ser legalmente aplicado em países como a Bélgica e a Holanda.

As referências quanto a prática da eutanásia vem há mais de um século atrás de maneira bibliográfica, porém menções a realização da mesma datam de idades remotas, Silva (2008) relata que há menções que remetem a prática da eutanásia ainda na bíblia, quando, no velho testamento, se descreve a realização da eutanásia num caso específico na luta entre filisteus e israelitas, no momento onde o rei Saul estava gravemente ferido na guerra, solicitou que um amalequita o matasse com sua própria espada, interrompendo assim o seu sofrimento.

Costanzi (2008) ainda traz relatos da eutanásia na Grécia antiga, em Roma e nas comunidades Celtas. O autor aponta que os primeiros relatos bibliográficos da eutanásia foram expostos nas obras “*L’Omicidio-suicidio*”, no livro “*Die Freigabe der Vernichtung*



*Lebensunwerten Lebens*” e a obra “*L’uccisione pietosa: l’eutanásia*” de 1923 de Enrico Morseili.

Silva (2008) diz que na atualidade, mais especificamente nas últimas cinquenta décadas, falar sobre a morte vem se tornando um tabu cada vez maior, os avanços tecnológicos e as mudanças de hábitos e comportamento vêm tornando a sociedade cada vez mais individualista e o “cuidar do doente” acaba por se tornar um peso. Reafirma ainda que atualmente existem diversos artifícios que passam a impressão de ocultamento da morte, como por exemplo, o costume de enterrar nossos mortos em caixões ornamentados e confortáveis, como se dissessem que por fim o indivíduo “descansará”.

Costanzi (2008) afirma que a maior dificuldade em chegar a um consenso a respeito da legitimidade e legalidade da prática da eutanásia é a dificuldade em definir de maneira consensual entre todas as esferas envolvidas, sobre o que poderia ser considerada uma morte digna.

Felix et al. (2013) afirmam que há dois tipos distintos de eutanásia, aquela de forma voluntária, ocasionada e praticada pelo próprio paciente ou em decorrência de um pedido do mesmo e, ainda, o procedimento realizado sem o conhecimento ou consentimento do paciente, por um terceiro.

Oliveira (2009) traz ainda outras subdivisões, classificações da eutanásia, elencando que realizar essa divisão não é tarefa fácil, tampouco simples. As classificações da eutanásia mais aceitas nos meios médicos, filosóficos e jurídicos disponíveis na literatura são a Eutanásia espontânea ou libertadora, ativa, passiva, voluntária, involuntária, não voluntária, de duplo efeito, eugênica, criminal, experimental, solidária, teológica, legal, o suicídio assistido e o homicídio. As definições de cada uma delas podem ser observadas no quadro 2.

**Quadro 2** -Definições das classes de eutanásia segundo a literatura.

Espontânea ou Libertadora	Ocorre quando o enfermo incurável provoca a morte por meios próprios;
Ativa	Ocorre quando consiste no ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins misericordiosos;
Passiva	Ocorre quando a morte do paciente acontece dentro de uma situação de terminalidade, ou porque não se inicia uma ação médica ou pela interrupção de uma medida extraordinária;
Voluntária	Ocorre quando a morte é provocada atendendo a vontade do paciente;
Involuntária	Ocorre quando a morte é provocada contra a vontade do paciente;
Não voluntária	Caracterizada pela inexistência de manifestação da posição do paciente em relação a ela;

De duplo efeito	Acontece quando a morte é acelerada como uma consequência indireta das ações médicas, que são executadas visando o alívio do sofrimento de um paciente terminal;
Eugênica	É a eliminação indolor dos doentes indesejáveis, dos inválidos e velhos, no escopo de aliviar a sociedade do peso de pessoas economicamente inúteis;
Criminal	É a eliminação de pessoas socialmente perigosas;
Experimental	É a eliminação de determinados indivíduos, com o intuito experimental para o progresso da ciência;
Solidária	É a eliminação indolor de seres humanos no escopo de salvar vidas de outrem;
Teológica	É a morte em estado de graça;
Legal	Regulamentada ou consentida pela lei;
Suicídio assistido	Auxílio de quem já não consegue realizar sozinha a sua intenção de morrer;
Homicídio	Resulta da distinção entre aquela praticada por médico e a praticada por parente ou amigo;

**Fonte:** Oliveira (2009) pág. 18 e 19.

Do ponto de vista cristão, a negativa a respeito da prática da eutanásia é fundamentada em uma frase bíblica simples, de grande impacto ao longo dos séculos: “Não Matarás”, essa afirmação é considerada pelo autor a mais forte concepção filosófico-jurídica do cristianismo, e ainda, a afirmação mais divina em defesa da vida (SILVA, 2008).

Do ponto de vista legal, a eutanásia é amplamente aceita na Noruega, em Oregon, estado dos Estados Unidos da América, a prática também é aceita, em países como a França, quem pratica a eutanásia recebe uma redução na pena, e em outros como a Noruega a pena daqueles que a praticam é extinta (OLIVEIRA, 2009).

Quanto ao código penal brasileiro, Costanzi (2008) relembra que o Direito Penal defende a vida na sua integralidade, desde a concepção até o momento do cessamento dos sinais vitais (morte), neste sentido, é vedado qualquer ato, gesto ou ação que impeça o processo natural e manutenção da vida. Portanto, qualquer ato que leve um indivíduo a morte de maneira artificial constitui crime, homicídio, ou ainda, crime eutanásico. Deste modo, a prática da eutanásia não é admitida pela legislação brasileira.

O direito à vida é explícito no artigo 5º da Constituição Federal de 1988 onde relata: “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, igualdade, segurança e à propriedade” (BRASIL, 1988 *apud* SILVA 2008, p.25).

Oliveira (2009) traz que o Código Penal de 1940 afirma que a eutanásia implica nos artigos 122, que dispõe quanto à investigação, indução, ou ainda no auxílio ao suicídio, no artigo 121, em seu parágrafo 1 onde qualifica como homicídio privilegiado.

O mesmo autor trás ainda o fato da vida ser um bem jurídico, garantido pela Constituição Federal de 1988, que deve ser analisada de maneira ampliada e não pode basearse apenas no simples fato de haver um coração batendo ou de um pulmão respirando. A vida deve ser analisada de maneira muito mais profunda, entendê-la faz necessário que conceitos subjetivos de liberdade, dignidade e qualidade sejam levados em consideração.

Felix et al. (2013) relatam que o ordenamento jurídico brasileiro é completamente contra a prática da eutanásia, constitui crime, com pena prevista de 3 a 6 anos de reclusão, porém quando ocorre, o ato deve ser analisado de maneira integralizada, analisando se o mesmo foi incentivado ou desencadeado como meio de abreviar o sofrimento insuportável do paciente, ainda baseando-se no ordenamento jurídico e no direito de autonomia do paciente.

Dodge (2009) afirma que a eutanásia é considerada crime de homicídio, pois a mesma é uma conduta típica, culpável e ilícita, três fatores necessários para caracterizar o crime. Neste quesito a legalidade do consentimento do paciente quanto à realização do procedimento não é válida e o consentimento não descaracteriza o crime do ponto de vista legal.

Dodge (2009) ainda esclarece que a tipicidade de conduta é aquela onde há uma adequação de uma prática legal para que a mesma seja utilizada para cometer um crime, a ilicitude é a relação que se estabelece entre a conduta humana e o ordenamento jurídico como forma de causar dano ou expor a dano um bem jurídico tutelado (a vida), e a culpabilidade, que deriva do livre arbítrio e parte do pressuposto de que o indivíduo que cometeu ato ilícito possuía de outras possibilidades e escolhas.

Felix et al. (2013) demonstram que o crime de homicídio cometido na eutanásia pode ainda sofrer um acerto com o legislador que de acordo com o art. 121, inciso 1, do Código Penal Brasileiro, afirma que se o indivíduo cometer o ato em domínio de violenta emoção, ou ainda incentivado por valores morais e sociais, a pena cabível pode ser diminuída de um sexto a um terço. No ato do julgamento existem 4 hipóteses de tratamento por parte do juiz acerca da prática da eutanásia, nas quais podem ser observadas no quadro 3.

**Quadro 3 - Hipóteses de tratamento que a prática da eutanásia pode receber.**

A-Permitir ao juiz a concessão do perdão –deixa de aplicar a pena, reconhecendo circunstâncias que justifiquem o ato. Segundo o Código Penal Brasileiro é causa de extinção da pena.
--

B-Pode-se elencar o móvel compassivo dentre as causas de exclusão de antijuricidade-neste caso a conduta é mais permissiva e torna o ato lícito.
C-Considerada como delito ordinário ou privilegiado
D-Considerada “ação socialmente adequada”.

**Fonte:** Oliveira (2009) pág. 26

No âmbito civil, o Código Civil Brasileiro dispõe em seu artigo 1.537 sobre os pontos inerentes diante da prática da eutanásia sendo previstos ao praticante o dever de pagar indenização que consiste no pagamento de todas as despesas médicas da vítima, bem como os gastos com seu funeral e com o luto da família da vítima e, ainda, a obrigatoriedade de prestar alimentos aos dependentes diretos do falecido (BRASIL, 2005 *apud* OLIVEIRA 2009, p.28).

Conclui-se a partir da análise desse material, que a eutanásia refere-se a interromper a vida de um indivíduo por meio de artifícios médicos, sem que a morte deste se dê por conta do seu quadro clínico, nem tampouco pela evolução da doença, ainda afirma-se ao final deste que a prática e aplicabilidade da eutanásia apesar de aceita em alguns países, no Brasil é expressamente proibida, configurando crime de homicídio.

## 4.2 Distanásia

Para tratar sobre a distanásia, foram selecionadas 06 publicações sem que o tema foi discutido, descritas no quadro 4 abaixo, esses materiais trazem apontamentos acerca do tema e auxiliam a esclarecer os conceitos e as características definidoras da prática.

**Quadro 4** - Literaturas utilizadas para a pesquisa sobre distanásia.

Distanásia	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> BIONDO, Chaiane Amorim; SILVA, Maria Júlia Paes da; SECO, Lúcia Maria Dal. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência, Rev Latino-am Enfermagem, 17(5), 2009.</li> <li><input type="checkbox"/> BOTEGA, Clarice; CAMPOS, Luiz Sávio Fernandes de. Considerações sobre Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia e a Bioética. Universidade de Cuiabá-UNIC, Cuiabá, 2011).</li> <li><input type="checkbox"/> PESSINI, Léo. Distanásia: até quando investir sem agredir? Revista BioÉtica, vol.4, nº 1, 2009.</li> <li><input type="checkbox"/> ROCHA, Renata da. Eutanásia, Suicídio assistido, Distanásia, Ortotanásia e Testamento vital: aspectos éticos e jurídicos acerca da morte digna, JUS HUMANUM, Revista eletrônica de ciências jurídicas e sociais da Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, v.1, n.3, jan/jun 2014.</li> </ul>
------------	---

- SANTANA, Julio César Batista; RIGUEIRA, Ana Claudia de Melo; DUTRA, Bianca Santana. Distanásia: reflexões sobre ate quando prolongar a vida em UTI na percepção dos profissionais. Artigo de Revisão, Centro Universitário São Camilo, 2010, 4(4):402411.
- SILVA, José Antônio Cordeiro da; et al. Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular, Revista BioÉtica, vol.22, nº2, 2014, pp. 358-366.

**Fonte:** Própria.

A distanásia ainda na atualidade trata-se de um termo pouco usual e pouco compreendido no âmbito da assistência à saúde. De maneira linguística, a distanásia significa *dis*: defeituoso, afastamento e *thanatos*: morte, ou seja, o afastamento da morte ou prolongamento da vida, a palavra distanásia tem origem grega (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010).

Para Pessini (2009) a distanásia é o antônimo da eutanásia, que segundo o Dicionário Aurélio a distanásia é sinônimo de uma morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento. Pessini reafirma a definição do significado da palavra distanásia e ainda relata que a prática pode ser considerada sinônimo de “tratamento inútil”, tendo em vista que a cura da doença não é possível nem tampouco a melhora no prognóstico do paciente.

Rocha (2014) traz indagações pertinentes à aplicabilidade da distanásia no que se refere à manutenção da vida. Até que ponto é humanamente correto combater a morte? A distanásia é completamente oposta às outras práticas relacionadas à terminalidade da vida, enquanto a eutanásia visa a interrupção de maneira artificial da vida por meio da aplicação de método médico e a ortotanásia visa permitir que morte chegue de maneira natural e sem sofrimento, a distanásia se refere a prolongar de maneira exacerbada a vida, não se atentando a qualidade e o sofrimento que a mesma terá.

Segundo Biondo, Silva e Secco (2009) a prática da distanásia não traz nenhum tipo de benefício ao paciente, essa prática prolonga o processo de morrer e não a vida especificamente, a principal consequência da distanásia é uma morte lenta, prolongada, acompanhada ainda de dor, sofrimento e angústia.

Silva et al. (2014) atenta ao fato de que a distanásia é amplamente utilizada no meio médico, já que na atualidade a morte é vista como um fracasso, tanto por parte do paciente e familiares, mas principalmente pela classe dos profissionais da saúde. A morte no que se refere à assistência à saúde é sinônimo de derrota, de fracasso, como se todos os esforços

aplicados para a manutenção da vida e alcance da cura, bem como todos os avanços científicos e tecnológicos foram insuficientes e não surtiram o resultado esperado.

Pessini (2009) relata que a morte deveria ser aceita como o último estágio do esforço terapêutico aplicado a fim de restaurar a saúde do indivíduo, deveria estar implícita e inerente desde o início do processo terapêutico, desse modo, diminuiria significativamente a recusa em aceitar a morte como um processo natural e diminuiria a aplicabilidade da distanásia apenas para atrasar a morte.

Confirmando o que foi relatado nos parágrafos anteriores, Bottega e Campos (2011) ressaltam ainda o fato de que a distanásia é conhecida amplamente como sendo futilidade médica, definem que a distanásia é o comportamento baseado no uso indiscriminado de técnicas terapêuticas na qual o resultado final é acarretar mais sofrimento do que a própria patologia de base do paciente, pois para esta, o tratamento já não é eficaz e a cura é impossível.

Pessini (2009) também questiona a aplicabilidade da distanásia, questiona a quem interessa manter o paciente vivo, o porquê de prolongar o processo de morrer se a reversão do quadro já não é possível, enfim, questiona o porquê de aplicar a distanásia e prolongar o sofrimento do paciente e não aplicar a ortotanásia e prestar assistência paliativa ao paciente e permitir que a doença evolua de maneira natural até o óbito, sem sofrimento e sem dor.

Biondo, Silva e Secco (2009) afirmam que as medidas tecnológicas avançadas na terapêutica e o limite para sua utilização devem ser constantemente ponderados, tendo em vista que a ciência deve ser aplicada para o bem do paciente e não como meio de aumentar e postergar seu sofrimento, a ciência apenas pela ciência perde seu sentido.

Santana, Rigueira e Dutra (2010) relatam que um importante passo para saber o momento de se aplicar a distanásia é compreender que toda e qualquer vida humana tem um fim, que a morte faz parte de um processo natural da evolução humana, e tão importante quanto os esforços para manter e ofertar uma qualidade de vida e manutenção da saúde eficaz é compreender que uma vez que a doença do paciente não possui mais nenhuma possibilidade de cura, deve-se permitir que esse paciente mantenha no mínimo a sua dignidade. De modo geral, afirmam que nem tudo que é tecnicamente possível é tecnicamente ético.

Bottega e Campos (2011) ainda relatam que a aplicação da distanásia fere dois princípios fundamentais da vida humana, o seu direito a autonomia e o princípio da beneficência. O direito à autonomia é garantia constitucional, o princípio da beneficência é

aquele que exige que os profissionais da saúde envolvidos na assistência à saúde atuem de modo a contribuir para o bem estar dos pacientes.

Pessini (2009) afirma que o limite entre a relação médico-paciente é a impossibilidade de alcançar a cura, a partir daí todas as ações vão pender à prática da distanásia ou da ortotanásia, a escolha sobre qual prática adotar deve estar muito bem pautada no que é viável e no que é correto.

Para Silva et al. (2014) outro ponto ainda que deve ser levado em consideração no momento da decisão de qual prática adotar é a vontade do paciente e de seus familiares, deve-se isso a importância de ambos estarem cientes do quadro de saúde do paciente e do que implica a manutenção do tratamento. A decisão pela melhor prática deve ser embasada em decisão coletiva, levando-se em consideração todos os envolvidos no processo. Equipe profissional, paciente e familiar.

Pode-se então concluir através da análise dos materiais desta pesquisa que a prática e a opção pela distanásia devem ser muito bem avaliadas por todos os membros da equipe de saúde que assistem o paciente, se a aplicação de artifícios médicos e o uso de toda a modernidade no que se refere a materiais e equipamentos não for suficiente ou eficaz para garantir melhor qualidade de vida ao paciente, tampouco para melhorar o seu prognóstico, o prolongamento artificial da vida desse paciente apenas por “estar vivo” não é recomendado e deve ser cada vez menos incentivado dentro do sistema de saúde.

### 4.3 Ortotanásia

Quanto à ortotanásia foram selecionadas 07 publicações, descritas no quadro 5 abaixo, onde o tema foi amplamente discutido e explanado e que auxiliaram a esclarecer dúvidas sobre o mesmo. As publicações trazem conteúdos pertinentes à realização deste trabalho e os autores complementam os apontamentos uns dos outros.

**Quadro 5** - Literaturas utilizadas para a pesquisa sobre ortotanásia.

Ortotanásia	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ BALLA, Aline; HAAS, Ruth Elisabeth. Percepção do Enfermeiro em Relação à Ortotanásia, Centro Universitário São Camilo, 2008, 2(2):204-213.</li> <li>□ BRASIL, Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: resolução CFM nº1.931 de 17 de setembro de 2009. Conselho Federal de Medicina, Brasília, Brasil, 2009.</li> <li>□ CRUZ, Maria Luiza Monteiro da; OLIVEIRA, Reinaldo Ayre de. A Licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. Revista Bioética, vol.21, nº 3, 2013, pp.404-411.</li> </ul>
-------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ JUNGES, José Roque; et al. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia, Conselho Federal de Medicina, Revista Bioética, vol.18, nº 2, pp. 275-288, Brasília-Brasil, 2010.</li> <li>□ SANCHES, Kilda Mara Sanchez y; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Ortotanásia: uma decisão frente é terminalidade. Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, São Paulo, INTERFACE-Comunicação, saúde e educação, vol.44, jan.-mar. 2013 p.23-34.</li> <li>□ SANTANA, Julio César Batista;et al. Ortotanásia: significado do morrer com dignidade na percepção dos enfermeiros do curso de especialização em Unidade de Terapia Intensiva, Revista Bioéticos, Centro Universitário São Camilo, 2010, 4(3):324-331</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ VILLAS-BOAS, Maria Elisa. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro, Conselho Federal de Medicina, Revista Bioética, vol.16, nº 1, pp. 61-83, Brasília-Brasil, 2008.</li> </ul>

**Fonte:** Própria.

Jungues et al. (2010) trazem a definição etimológica de ortotanásia, que se trata de maneira clara de *orto*: certo, e *thanatos*:morte, significa a grosso modo, o ato de não prolongar de maneira artificial a vida de um indivíduo, além do que seria o processo natural de morte. Villas-Boas (2008) complementa ainda dizendo que a ortotanásia é a morte no tempo correto, nem antes, nem depois.

Balla e Haas (2008) afirmam esse fato e complementam dizendo que a ortotanásia é popularmente conhecida como a “morte boa” ou “morte digna”, ou ainda a “morte correta”, onde quando definida a impossibilidade de cura ou melhora no prognóstico de um indivíduo, não sejam aplicados métodos ou recursos extraordinários para a manutenção ou prolongamento da vida.

A ortotanásia é segundo Lima (2008) a possibilidade que se tem de resgatar a dignidade do ser humano nos últimos momentos da sua existência. É a antítese de qualquer ato de tortura, elimina qualquer resquício de sofrimento, exclui qualquer possibilidade de que haja uma morte violenta e dá ao indivíduo a única coisa que não pode ser perdida mesmo nos piores momentos da vida, a dignidade.

Para Sanches e Seidl (2013), ortotanásia é o ato de não investir em ações obstinadas que mesmo fúteis prolonguem a vida de maneira exacerbada,é permitirem pacientes que a doença de base avance sem meios de interromper o processo de evolução da mesma e que esta acarrete a longo e a curto prazo, na falência das funções vitais do organismo humano.



Santana et al. (2010) também trazem referências à dignidade humana, relatando que a ortotanásia se baseia exatamente no que se refere ao direito do paciente morrer dignamente. Relatam ainda que a prática da ortotanásia se realiza através do ato de deixar que a morte chegue naturalmente, que a vida e morte siga seu curso sem intervenções ou interferências.

Balla e Haas (2008) afirmam que a dignidade humana deve ser respeitada acima de tudo e qualquer circunstância, que o paciente deve ser atendido de maneira individualizada, recebendo cuidados holísticos e com empatia, ser atendido em toda a sua integralidade em todas as suas necessidades, sejam elas físicas, emocionais ou ainda espirituais.

Segundo Santana et al. (2010) a ortotanásia deve ser aplicada ao paciente que tenha uma doença de caráter terminal e incurável, as ações devem se embasar em cuidados estritamente paliativos, sem nenhum caráter curativo, tendo como foco principal a diminuição da dor e do sofrimento do paciente. Para Sanches e Sedl (2013) a medida em que as possibilidades terapêuticas que possuem como foco a cura do paciente, as tentativas técnicas acabam por se tornar uma futilidade médica.

Jungues et al. (2010) reafirmam que a dignidade mesmo no momento da morte é um direito humano, que a autonomia do paciente deve ser mantida e respeitada sempre e na medida do possível, sendo um dos caminhos a ser seguido para que a dignidade seja mantida. Existe ainda o direito de escolha do paciente, o direito à liberdade de decidir sobre seu próprio destino. Para tal, há a necessidade do paciente e seus familiares ter conhecimento ampliado a respeito do seu quadro de saúde, as particularidades de sua doença e o processo evolutivo que a mesma terá, para que assim, paciente e seus familiares possam participar das decisões a respeito do seu próprio futuro, e possuir o direito de explicar suas decisões no que se refere ao momento da própria morte.

Villas-Boas (2008), atenta ao fato de que, mesmo quando por decisão médica, os cuidados e tratamentos disponíveis já não mais surtirão efeito na manutenção e reabilitação da saúde do paciente, a decisão do paciente de lutar pela vida seja sempre respeitada. Contudo, para que haja menos discrepâncias entre as decisões médicas e do paciente e familiares, é de suma importância que tenha comunicação de qualidade entre os profissionais, os familiares e ainda com o paciente, para que todos estejam cientes e conscientes a respeito do quadro de saúde do indivíduo e das características da sua doença (SANTANA et al., 2010).

Cruz e Oliveira (2013) afirmam que em regra, a ortotanásia quando aplicada, consiste invariavelmente na interrupção de tratamentos que tenham como foco a cura do

paciente, mas que mantenham, de maneira geral, cuidados integrativos com o objetivo de garantir seu bem-estar, conforto e que não haja dor ou sofrimento até o momento de sua morte.

Quanto à legalidade do procedimento, o que irá determinar e diferenciar a ortotanásia de outros procedimentos relacionados à terminalidade da vida relatados anteriormente não se restringe a adiantar ou não a morte do paciente, mas a manutenção da sua dignidade, o respeito a sua autonomia e a realização da declaração de vontade por parte do paciente (CRUZ; OLIVEIRA, 2013).

A declaração de vontade pode ser realizada de algumas maneiras diferentes, uma delas, segundo Lima (2008) é o Testamento Vital, que também é conhecido como testamento biológico. Nos Estados Unidos da América (EUA) o testamento vital é um documento legal desde a década de 70, possui uma forma estruturada e padronizada para todos os casos em que são aplicados, neste testamento são relatados todos os procedimentos e tratamentos que o paciente aceita ou não ser submetido, ainda dispõe sobre a sua vontade num momento em que ele mesmo não possa tomar as decisões referentes à sua vida e saúde.

Villas-Boas (2008) relata ainda que o testamento vital traz a vontade do paciente de ser ou não submetido a tratamentos demasiadamente longos, ou que tenham como objetivo apenas prolongar a vida dele mesmo e assim impedir que sejam adotadas medidas terapêuticas fúteis, dando a si mesmo uma morte digna segundo seu ponto de vista. É nesse quesito que entra a aplicabilidade da ortotanásia.

Lima (2008), atenta ao fato de que no Brasil, ainda na atualidade, não existe um modelo legalizado estruturalmente para a realização do testamento vital, porém, existem mecanismos que permitem a explanação da vontade por meio legal como a realização de um documento que possui, grosso modo, a mesma finalidade, que seria as “Diretrizes Antecipadas Relativas a Tratamentos de Saúde e Ortorga de Procuração”, que nada mais seria que um documento onde o paciente exclama sua vontade no que se refere a tratamentos de saúde independente do posicionamento contrário de familiares e afins, que é legalizado no Brasil.

Villas-Boas (2008) reafirma esses fatos e traz outro método para aplicar dentro da legalidade a ortotanásia, de fácil aplicabilidade no dia a dia clínico dos hospitais brasileiros é o Consentimento Livre e Esclarecido. Diniz (2009) relata que o consentimento livre é um mecanismo legal que passou a ser muito difundido no Brasil a partir do aumento significativo dos procedimentos de transplantes de órgãos, sendo plausível de utilização em casos de ortotanásia.

O direito à autonomia é reconhecido pela Suprema Corte dos Estados Unidos desde 1991, e faz parte do que se embasa o direito do paciente ter total conhecimento e esclarecimento sobre seu quadro de saúde, e assim, possa decidir por si só sobre os procedimentos a que será ou deixará de ser submetido através deste. É o direito à autonomia que garante ao paciente realizar, autorizar e assinar o Consentimento Livre, que por sua vez, dará subsídios para a realização da ortotanásia (CRUZ; OLIVEIRA, 2013).

Lima (2008) ainda lembra que o Consentimento Livre, assim como seu nome relata, deve ser realizado de livre vontade do paciente, este deve estar totalmente esclarecido sobre seus atos e ao que eles implicam. O Consentimento Livre traz respaldo à equipe de saúde no que se refere a reafirmar a ciência e a manifestação da vontade do paciente, que isenta os demais envolvidos no processo de qualquer culpabilidade.

Outro meio que reafirma a usualidade e legalidade da realização da ortotanásia está embasada no Código de Ética Médica, que através da Resolução nº 1931\2009 de 10 de Abril de 2010 que afirma:

[...] VI- O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade. [...] XXI- No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. [...] XXII- Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos [...]. (BRASIL, 2010, p.30-31).

Ainda no que se refere a essa resolução, o seu art.41 explicita que:

É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal [...] nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal [...] (BRASIL, 2010, p.39).

A Constituição Federal de 1988 também lança mão de artifícios que garantem a legalidade de práticas como a ortotanásia e do Consentimento Livre, no seu artigo 5º garante a inviolabilidade do direito de todo cidadão à vida, seu direito de liberdade e de escolha e seu direito à segurança. O direito à vida não o dever à vida, estabelece que o paciente não seja obrigado a se submeter a tratamentos que não dão a possibilidade de cura. O direito do

paciente decidir interromper um tratamento ou de não se submeter ao mesmo é garantido pelo artigo 1º da Constituição, onde garante os direitos à liberdade, autonomia e inviolabilidade (JUNGES, et al., 2010).

Deste modo, segundo Villas-Boas (2008), a aplicação da ortotanásia se confirma pelo fato do procedimento não ser apenas um procedimento que “encaminha” o paciente a morte, o paciente não é abandonado à própria sorte, nem tampouco desassistido na aplicação da ortotanásia com os cuidados à higiene pessoal, cuidados alimentares, manutenção da hidratação, métodos terapêuticos que visem o controle da dor e do desconforto, e ainda, propiciar melhor qualidade de “morte” ao paciente.

Ainda nesse quesito, Crus e Oliveira (2013) reafirmam os quesitos citados no parágrafo anterior e pontuam para que seja aplicada a ortotanásia sem culpabilidade ética e legal, três quesitos básicos devem estar intrínsecos, a morte como iminência, e que seja inevitável, que seja mantido e ofertados cuidados paliativos na integralidade do ser humano, e ainda que haja o Consentimento Livre, mais conhecido como consentimento informado, do paciente.

Villas-Boas (2008) traz que a realização da ortotanásia é recomendada por diferentes órgãos e vem sendo frequentemente discutidos conforme demonstra o quadro 6, onde são explicitados os documentos onde a ortotanásia é relatada.

**Quadro 6:** Documentos importantes onde a ortotanásia foi discutida.

• Recomendação 779/1976, Conselho Europeu: Direitos dos doentes e moribundos.
• II Concílio Ecumênico do Vaticano, 1980: Declaração sobre a eutanásia.
• Comunicado de Tóquio, Cúpula Global de Comissões Nacionais de Bioética, 1998.
• Recomendação 1.418/1999, Conselho Europeu: Proteção dos direitos humanos e da dignidade dos doentes incuráveis e terminais.
• V Assembleia Geral, Pontifícia Academia da Vida, 1999: A dignidade da pessoa que está morrendo.
• Parecer 63/2000, Comitê Consultivo Nacional de Ética da Saúde e Ciências da Vida da França: Final de vida, terminando a vida, eutanásia.

**Fonte:** Villas-Boas (2008 p. 71 e 72).

Balla e Haas (2008) relatam enfim que a aplicação da ortotanásia é um ato de humanização. É humano que se deixe, quando não há possibilidade de cura de uma enfermidade, que a doença siga seu curso e a morte chegue, não prolongando a dor e o

sofrimento do paciente. É importante, portanto, que a prática da ortotanásia seja amplamente discutida e difundida entre os agentes envolvidos no processo de assistência à saúde dos pacientes.

Pode-se concluir ao final deste que dentre as práticas abordadas neste trabalho a aplicação da ortotanásia é a mais recomendada, pois esta permite que a patologia do paciente terminal evolua de maneira natural, a seu tempo, em contrapartida garante que seja mantida uma assistência de qualidade a este paciente, tanto no que tange o tratamento e amenização da dor, quanto no que se refere a manutenção dos cuidados com higiene pessoal, bem estar e conforto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a construção desse trabalho a linha tênue entre vida e morte entrou em questão diversas vezes, a vida e a morte é fator comum de discussões entre os profissionais envolvidos na assistência à saúde dos indivíduos. Aceitar a morte como algo corriqueiro na atividade laboral é algo que parece fugir de tudo aquilo que esses profissionais acreditam e que aprenderam, tanto durante a formação acadêmica quanto aquilo que se aprende na prática do dia a dia.

Os profissionais da saúde parecem acreditar que aceitar a morte possa ser como se negassem aquilo que suas profissões pregam, que é usarem seus conhecimentos técnicos e científicos a fim de restabelecer a saúde do indivíduo e encaminhá-lo para o processo de cura.

Ainda com os avanços da sociedade moderna, da medicina e o avanço da idade populacional, na atualidade é cada vez mais comum o profissional ter que lidar com pacientes em quadros clínicos onde sua patologia não possui mais a possibilidade de cura, e assumem papel degradante, degenerativo e irreversível, o paciente terminal.

Quando os profissionais se deparam com um paciente terminal precisam lidar não somente com uma doença que desafia seus conhecimentos, mas também com um indivíduo e uma família que necessita encarar o fato da morte como iminência.

Na situação onde o profissional se depara com a assistência ao paciente terminal entra em pauta três práticas relacionadas à terminalidade da vida, à eutanásia, à distanásia e à ortotanásia.

Foi possível ao decorrer da construção desse trabalho conhecer de maneira mais ampla os conceitos que definem e delimitam cada uma dessas práticas.

O conhecimento sobre a eutanásia é fundamental, pois a adoção dessa prática constitui crime, homicídio, e o fato do paciente estar em sofrimento ou dor, ou ainda, o fato da doença do paciente não ter possibilidades de cura, não justifica a adoção da mesma.

Percebeu-se também que é de suma importância o entendimento dos profissionais sobre até quando se deve investir na manutenção da vida sem que se firam os conceitos de humanidade do paciente, deste modo, é necessário que a prática da distanásia, que configura em se manter a vida acima e apesar de tudo, seja cautelosa e não infrinjam os direitos e a manutenção da dignidade humana. O ego ou desejo dos profissionais nunca devem sobressair aos direitos do paciente.

Já a ortotanásia, no decorrer da construção desse trabalho, se mostrou como sendo a prática mais recomendada a se adotar quando o paciente terminal já está em fase de intenso sofrimento e as medidas para sua cura e manutenção da sua vida não sejam mais eficazes ou possíveis.

A prática da ortotanásia deve ser amplamente discutida, ela abrange todos os preceitos de dignidade humana e respeito ao paciente, se trata de não somente não alongar o sofrimento do paciente como seria feito na distanásia, mas também, prestar toda a assistência necessária para que o mesmo mantenha qualidade de vida no tempo que lhe resta.

Conclui-se ao final deste trabalho que as práticas relacionadas à terminalidade da vida, eutanásia, distanásia e ortotanásia necessitam ser amplamente discutidas na prática da assistência à saúde, sendo de extrema importância que se saiba quando aplicá-las e no que as mesmas implicam, tendo em vista que mesmo no momento da morte, o paciente precisa ser respeitado, amparado e ter suas necessidades básicas atendidas.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Isabella Rocha; et al. **O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em uma Unidade Neonatal.** Acta Paul Enferm; 19(2):131-7;2006.
- ANCP-Academia Nacional de Cuidados Paliativos.**Manual de Cuidados Paliativos, ampliado e atualizado**, 2º edição, 2012.
- AZEREDO, NáraSelaimen G.; ROCHA, CristianneFamer; CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci.O Enfrentamento da Morte e do Morrer na Formação de Acadêmicos de Medicina. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, 35 (1) : 37 – 43 ; 2011.
- BALLA, Aline; HAAS, Ruth Elisabeth.**Percepção do Enfermeiro em Relação á Ortotanásia.** Centro Universitário São Camilo, 2008, 2(2):204-213.
- BELLATO, Rosenev. **A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem.** Acta Paul Enferm, 2007, 20(3):255-63.
- BERNIERI, Jamine; HIRDES, Alice. **O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer.** Texto contexto enfermagem; Florianópolis; Jan-març; 16(1):89-96; 2007.
- BIONDO, ChaianeAmorim;SILVA, Maria Júlia Paes da; SECO, Lígia Maria Dal. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência.**Rev Latino-am Enfermagem**, 17(5), 2009.
- BOTEGA, Clarice, CAMPOS, Luiz Sávio Fernandes de,**Considerações sobre Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia e a Bioética.** Universidade de Cuiabá-UNIC, Cuiabá, 2011.
- BRAGA, Estefânia Maria;et al. **Cuidados paliativos: a enfermagem e o doente terminal,** Investigação, v. 10, n. 1, p. 26-31, 2010
- BRASIL, Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica: resolução CFM nº1.931 de 17 de setembro de 2009.** Conselho Federal de Medicina, Brasília, Brasil, 2009.
- BRETAS, José Roberto da Silva; OLIVEIRA, José Rodrigo de; YAMAGUTI, Lie. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e morrer. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**; 40(4):477-83; 2008.
- CARVALHO, Lucimeire Santos; et al. A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem.**Revista de enfermagem da URJ**; Rio de Janeiro; out/dez; 14(4):551-7; 2006.
- COSTA, Alan Batista; MAZZAIA, Maria Cristina. A importância do preparo do enfermeiro no processo morte e morrer. **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**; ano 8, nº 23; jan/març 2010.
- COSTA, Juliana Cardeal da; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado á criança/adolescente no processo morte e morrer. **Revista latino-americana de enfermagem**; març-abril; 13(2):151-7; 2006.



COSTANZI, Thiago Gomes. **Eutanásia: direito de escolha do paciente**. Artigo de revisão, Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE, Centro de ciência jurídicas e sociais-CEJURPS, Curso de direito, Biguaçu-SC, Junho de 2008.

CRUZ, Maria Luiza Monteiro da; OLIVEIRA, Reinaldo Ayre de. A Licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito á vontade livre do paciente. **Revista Bioética**, vol.21, nº 3, 2013, pp.404-411.

DINIZ, Debora; 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, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. 5. ed. rev. aum. e atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

DODGE, Raquel E. Ferreira. Eutanásia: aspectos jurídicos, **Revista BioÉtica**, v.7, nº 1, 2009.

FELIX, Carlos; et al. Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia: revisão integrativa de literatura, **Revista ciência e saúde coletiva**, vol.18, nº9, setembro de 2013, pp.2733-2746.

FRATEZI, Flávia Renata; GUTIEREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Cuidador Familiar do Idoso em Cuidados Paliativos. **Revista Ciências e Saúde coletiva**, 16(7):3241-3248, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Edição 5, Editora Atlas, São Paulo, 2010.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello; CIAMPONE, Maria helenaTrench. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTI's. **Revista escola de enfermagem da USP**; 41(4):660-7;2007.

JUNGES, José Roque; et al. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia, Conselho Federal de Medicina. **Revista Bioética**, vol.18, nº 2, pp. 275288, Brasília-Brasil, 2010.

JUNIOR, Fernando Guedez da Silva. **Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica na enfermagem**. Ver. Bras. Enfermagem; Brasília:2011; nov-dez; 64(6):1122-6.

KOVÁCS, Maria Julia. **Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional**. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(4):420-429

LANA, Samanta; PASSOS, Ana Beatriz Barbosa. Preparo dos acadêmicos de enfermagem no processo morte e morrer. **Revista Enfermagem Integrada**; Ipatinga:2008; UNILESTE; v.1; n1; nov-dez.

MARTA, Gustavo Nader; HANNA, Samir Adbalah; SILVA, Joao Luis Fernandez. **Cuidados Paliativos e Ortotanásia**, Diag Tratamento, 15(2):58-60, 2010.

- MATOS, Tatiane de Aquino Demarco. Profissionais de enfermagem e o processo de morte e morrer em uma unidade de terapia intensiva. **REME- Revista mineira de enfermagem**; 13(3):337-342, jul/set; 2009.
- MORAES, Ines Mota de. Autonomia pessoal e morte. **Revista Bioética**, 18(2): 289-309, 2010.
- MOTA, Maria Soares; et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente a morte dos pacientes sob seus cuidados. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre (RS), mar; 32(1):129-35; 2011.
- MOTTA, Ines Moraes. Autonomia pessoal e morte. **Revista Bioética**, vo.18, n.2, Conselho Federal de Medicina, 2010, pp. 289-309.
- MURTA; Genilda Ferreira. **Saberes e Práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. 7º ed; São Caetano do Sul-SP; Difusão editora; 2012.
- NASCIMENTO, Carlos Alberto Domingos do; et al. A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. **Revista Rene**; Fortaleza; v.7; n.1; p. 52-60; jan a abril de 2006.
- NETO, Gabriel Chaves; et al. **Assistência de enfermagem no cuidados a pacientes terminais**. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2010.
- OLIVEIRA, José Rodrigo de; BRETAS, José Roberto da Silva; YAMAGUTI, Lie. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. **Revista escola de enfermagem da USP**; 41(3):388-94; 2007.
- OLIVEIRA, Lorena Rodrigues de. **Eutanásia: morte digna ou auxílio ao suicídio**. Artigo de revisão, Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE, Faculdade de direito, ciências administrativas e econômicas- FADE, Curso de direito, Governador Valadares, Setembro, 2009.
- PESSINI, Léo. Distanásia: até quando investir sem agredir?, **Revista BioÉtica**, vol.4, nº 1, 2009.
- PINTO, Maria Helena; et al. **O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura: percepção de um grupo de profissionais**. *CogitareEnferm*. 16(4):647-53, 2011.
- PITELLI, Sergio Domingos; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. **Eutanásia e sua relação com casos terminais, doenças incuráveis, estados neurovegetativos, estados sequelares graves ou de sofrimento intenso e irreversível e morte encefálica**. *Saúde, Ética & Justiça*. 14(1):32-9, 2009.
- POZZER, Cintia; et al. **A equipe de enfermagem diante do processo de luto: evidências na literatura**. Centro universitário franciscano; São Paulo:2012.

REGO, Guilhermina; FRANÇA, Daniela; NUNES, Rui. **Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros**. Rev. bioét. (Impr), 18(2):469-81, 2010.

ROCHA, Renata da. **Eutanásia, Suicídio Assistido, Distanásia, Ortotanásia e Testamento Vital: Aspectos Éticos e Jurídicos Acerca da Morte Digna**, Revista eletrônica de ciências jurídicas e sociais da universidade cruzeiro do sul. São Paulo, v. 1, n. 3, jan./jun. 2014.

SANCHES, Kilda Mara Sanchez y; SEIDL, Eliane Maria Fleury. **Ortotanásia: uma decisão frente é terminalidade**. Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, São Paulo, INTERFACE-Comunicação, saúde e educação, vol.44, jan.-mar. 2013 p.23-34.

SANCHES, Kilda Mara Sanchez; SEIDL, Eliane Maria Fleury. **Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade**. Comunicação saúde educação v.17, n.44, p.23-34, jan./mar. 2013

SANTANA, Júlio César Batista; et al. **Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem**. Centro Universitário São Camilo -;3(1):77-86, 2009

SANTANA, Julio César Batista; et al. Ortotanásia: significado do morrer com dignidade na percepção dos enfermeiros do curso de especialização em Unidade de Terapia Intensiva, **Revista Bioéticos**, Centro Universitário São Camilo, 2010, 4(3):324-331

SANTANA, Julio César Batista; RIGUEIRA, Ana Claudia de Melo; DUTRA, Bianca Santana. **Distanásia: reflexões sobre ate quando prolongar a vida em UTI na percepção dos profissionais**. Artigo de Revisão, Centro Universitário São Camilo, 2010, 4(4):402-411.

SANTOS, Janaina Luiza dos; BUENO, Sonia Maria Vilela. **Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica**. Revista escola de enfermagem da USP; 46(1):272-8; 2011.

SILVA, José Antônio Cordeiro da; et al. Distanásia e Ortotanásia: praticas médicas sob a visão de um hospital particular. **Revista científica da América Latina, Bioética**, vol.22, n 2,2014, 35-366.

SILVA, José Antônio Cordeiro da; et al., Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular, **Revista BioÉtica**, vol.22, nº2, 2014, pp. 358-366.

SILVA, Karen Schein da; RIBEIRO, Rubia Guimarães; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? **Revista brasileira de enfermagem**; Brasília; mai-jun; 62(3):451-6; 2009.

SILVA, Tiago Santos da. **A eutanásia no direito Brasileiro**. Universidade Gama Filho, Pós graduação em direito penal e processual penal, Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA, Adriana Aparecida; ALMEIDA, LayaneCriatini Vargas. **Reflexões da enfermagem sobre morte e morrer na oncologia**. Universidade Presidente Antonio Carlos; Barbacena: 2012.

VILLAS-BOAS, Maria Elisa. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. Conselho Federal de Medicina. **Revista Bioética**, vol.16, nº 1, pp. 61-83, Brasília-Brasil, 2008.