EUTANÁSIA: A Morte sem Sofrimento e os Limites da Vida

Kelly Targino da Silva
Biomédica – Faculdades Integradas de Três Lagoas (FITL/AEMS)

Meiriélen Borges da Silva
Biomédica – Faculdades Integradas de Três Lagoas (FITL/AEMS)

Talitta Laisse da Silva
Biomédica – Faculdades Integradas de Três Lagoas (FITL/AEMS)

Natália Prearo Moço
Biomédica; Doutora em Patologia – FMB/UNESP;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO
O progresso na área médica tem apresentado grande desempenho através da utilização de novos métodos tecnológicos, tendo em vista um melhoramento significativo na saúde associado à eliminação ou controle de doenças. Se por um lado esse desenvolvimento tem possibilitado melhorias na qualidade de vida da população, especialmente nas sociedades mais desenvolvidas, por outro lado esse adiamento da morte resulta na prolongação da vida dispensável e em intervenções e tratamentos injustificáveis sendo realizados a qualquer custo e sacrifício. Os empenhos terapêuticos e os cuidados paliativos que amenizam o sofrimento estabelecem condições extremas de tratamentos concedidos ao paciente em fase terminal. Sendo assim, temos a difícil decisão e um dilema ético que determinará o que realmente deve ser realizado nesse tipo de caso com o paciente, considerando todo o seu estado físico e emocional. Nesse contexto, torna-se inevitável o conflito sobre o problema entre procedimentos artificiais para prolongar a vida e o posicionamento de deixar a doença seguir seu curso natural, com destaque para a eutanásia, que atualmente tem sido descrita como o encurtamento da vida com intuito de amenizar e evitar sofrimentos desnecessários para pacientes em fase terminal.

PALAVRAS-CHAVE: eutanásia; sofrimento; vida; morte.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos séculos a medicina vem melhorando cada vez mais, seguindo profundas transformações e tornando cada vez mais raros os casos de morte natural (FÉLIX et al., 2013). O progresso na área médica tem alcançado grande desempenho nas últimas décadas, através da utilização de novos métodos científicos e tecnológicos, tendo em vista um melhoramento significativo na saúde associado à eliminação ou controle de doenças (MACHADO et al., 2007). Se por um lado esse desenvolvimento na área médica tem possibilitado melhorias na qualidade de vida da população, especialmente nas sociedades mais desenvolvidas, encaminhando-as a uma progressiva redução da mortalidade, por outro lado, esse

adiamento da morte resulta na prolongação da vida e na aplicação de intervenções e tratamentos injustificáveis a qualquer custo e sacrifício. Ou seja, quanto mais tecnologia se emprega para o tratamento, maiores são as chances de se prolongar a vida do paciente, mesmo nos estágios terminais da doença e isso acarreta um prolongamento do sofrimento do paciente, o qual é associado tanto à doença quanto ao próprio tratamento (MELO; CAPONERO, 2009).

A vida humana é marcada pela busca constante em ser saudável, mas essa busca na realidade se confronta entre dois lados opostos - saúde e doença. O prolongamento da vida acaba resultando no aumento de sofrimento das pessoas que possuem doenças crônicas que não tem cura e que inevitavelmente acabariam chegando à morte (QUEIROZ et al., 2008). Nesse contexto, tem sido construída a ideia de morte digna ou boa morte. Todavia essa definição de boa morte nem sempre é a mesma para os pacientes, familiares e profissionais da área da saúde e isso pode gerar conflitos entre os mesmos (FERRAI et al., 2008). O adiamento da morte, com intensos empenhos terapêuticos e cuidados paliativos que apenas amenizam o sofrimento estabelecem condições extremas de tratamentos concedidos ao paciente em fase terminal. Sendo assim, temos a difícil decisão e um dilema ético que determinará o que realmente deve ser realizado nesse tipo de caso, considerando o estado físico e emocional do paciente. Desse modo, torna-se inevitável o conflito sobre o problema entre procedimentos artificiais extremos para prolongar a vida e o posicionamento de deixar a doença seguir seu curso natural, com destaque para a eutanásia (FERRAI et al., 2008).

Classicamente, a eutanásia foi definida no princípio como o ato de tirar a vida de um ser humano. Depois de ser discutido e reconsiderado, esse termo passou a significar morte sem dor e sem sofrimento. Atualmente a eutanásia é entendida como uma prática para encurtar a vida, com a finalidade de amenizar e evitar sofrimento adicional para os pacientes (BATISTA et al., 2009). Esse ato é ilegal no Brasil, mas é aceito em alguns países como a Holanda e a Bélgica (BIONDO et al. 2009).

Nesse contexto, a eutanásia ainda é um tema que gera muitas questões, tendo ultimamente chamado muita atenção principalmente devido às doenças crônicas degenerativas, à ausência de cuidados paliativos efetivos em muitos casos terminais, ao avanço do materialismo e, por último, a autonomia do paciente, que

após o advento da bioética tem sido mais valorizada, estabelecendo um espaço para o paciente dar sua opinião e desejo sobre o tratamento (ALMEIDA, 2004).

2 OBJETIVOS

O objetivo do estudo é descrever a eutanásia, destacando os aspectos éticos e os argumentos favoráveis e contrários à sua realização. Visando, inclusive, observar até que ponto a autonomia da vontade, a beneficência e a justiça interagem com o direito à vida.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo caracterizado como uma pesquisa de revisão bibliográfica, a qual foi desenvolvida com base em artigos científicos nacionais e internacionais que preenchiam os seguintes critérios: a temática da eutanásia e os aspectos bioéticos. Os artigos incluídos encontram-se indexados nas bases de dados Scielo e Pubmed.

4 COMEÇO E FIM DA VIDA

A eutanásia é um assunto polêmico, pois aborda questão e determinação entre a vida e a morte, envolvendo desde questões culturais, sociais, religiosas e políticas. No século XX, com o desenvolvimento de tecnologias aplicadas ao prolongamento da vida, veio à necessidade da criação de leis sobre os limites da vida. Vida e morte são caracterizações centrais presentes em diversas culturas e todo e qualquer grupo social tem sua própria definição sobre pessoa e, definindo de modo particular o limite entre o período em que a indivíduo torna-se uma pessoa e o período no qual ele deixa de ser considerado como tal, ou seja, as definições de vida e morte dependem da crença de cada grupo social específico (MAUSS, 2003; DUMONT, 1985; DUARTE, 2003).

Até a segunda metade do século XX o conceito de morte era definido pela presença de parada dos batimentos cardíacos e da respiração, a chamada morte cardiorrespiratória. Sendo assim, a definição de pessoa viva era caracterizada pelo funcionamento do seu sistema cardíaco e respiratório. No fim do século XIX e

começo do século XX os médicos relataram situações de pacientes que indicavam um quadro neurológico intitulado de coma inconversível (coma *depassé*), definido como quadro clínico de paciente que apresenta ausência de funcionamento cerebral e conservação das funções dos outros órgãos e sistemas (LOCK, 2004). Com isso, a revisão do conceito de morte tornou-se necessária e no ano de 1968 uma Comissão de Harvard formada por especialistas descreveu dois tipos distintos de morte, a morte cardiorrespiratória e a morte encefálica. Anos mais tarde, em 1981, outra comissão formou-se em Harvard, a qual discutiu uma nova revisão da morte cerebral, tendo em vista que nessa época já eram descritos seis tipos diferentes de morte encefálica nos Estados Unidos da América. A correção dos critérios que definem a morte de uma pessoa provocou a redefinição da constituição do ser humano, não se limitando apenas as determinações legais. Com essa nova revisão a comissão passou a definir pessoa e vida através de termos centrados na mente, ou seja, na função cerebral propriamente dita (LOCK, 2003). Os princípios de definição da vida e da morte usado pelo comitê foram os principais nos Estados Unidos e Europa Ocidental, países nos quais a crença na medicina é muito forte. Posteriormente, a maioria dos países ocidentais adotou para si esse conceito definido pela Comissão de Harvard.

A definição dos limites da vida e da morte envolve fins jurídico-legais de entendimento e interesses variados. A decisão de cessar com a manutenção da vida por meio artificial causa grandes contestações toda vez que não há concordância familiar ou entre a própria equipe médica com relação ao procedimento. A eutanásia é, então, definida como a interrupção da vida, provocando a morte de alguém com enfermidade terminal ou incurável. A eutanásia ativa envolve uma ação médica, como aplicação de injeção letal, já a eutanásia passiva refere-se à exclusão de recursos como medicamentos, hidratação e alimentação, os quais estariam prolongando a vida do paciente.

Adicionalmente, a eutanásia pode ser voluntária ou involuntária, sendo que a voluntaria é caracterizada pelo desejo expresso pelo enfermo e a involuntária ocorre quando a pessoa encontra-se incapacitada em dar sua permissão. Existe ainda outro método de interrupção de vida, denominado suicídio assistido, no qual o próprio doente comete o ato, utilizando droga prescrita pelo médico (HOWARTH; LEAMAN, 2001).

Em diversos países europeus a legislação da eutanásia tem se tomado uma realidade atualmente. Na Holanda a eutanásia é permitida desde 2001 e a partir de 2002 foi permitida também na Bélgica. Na Austrália vigorou uma legislação que permitiu fazer o uso da eutanásia voluntária ativa em 1955 até ano de 1997 quando a lei foi embargada. Grande parte dos Estados Unidos e do Canadá possuem leis que autorizam aos médicos a fazer interrupção de tratamentos com autorização do doente ou de seu representante. Já no Brasil tanto a eutanásia ou suicídio assistido são considerados ilegais pelo poder judiciário.

Os opositores da eutanásia discutem que é dever dos profissionais da saúde cuidar e investir em medidas práticas com intuito de salvar vidas ao invés de ocasionar a morte, principalmente a equipe médica, que presta toda assistência em cuidados paliativos (MENEZES, 2004). Tais profissionais são contra a prática da eutanásia por acreditarem que se o tratamento fosse eficiente e não precário, muitos pacientes que sofrem doenças terminais e degenerativas não precisariam sofrer intervenções dessa prática, tendo um tratamento eficaz (GOMES, 2008).

Adicionalmente, a existência de diferentes posições quanto à eutanásia indica que não há consenso a respeito da vida e da morte. A instituição religiosa diz que a santidade da vida humana é o bem maior e, em virtude disso, condena qualquer ação capaz de modificar o curso natural da vida e da morte. Sendo assim, as definições dos limites da vida e da morte ainda são continuas e inconclusas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos pesquisadores atualmente discutem os dilemas bioéticos da eutanásia, incluindo discussões sobre o processo de definição entre a vida e a morte, além do conforto e sofrimento. No Brasil a prática da eutanásia é considerada ilegal de acordo com a legislação penal e o tema vem sendo debatidos por filósofos, religiosos e os profissionais da saúde. Portanto, é necessário desenvolver novos estudos que possam servir de aporte para respaldar a prática dos profissionais da área da saúde no cuidado de doente terminal e sua família.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. Suicídio Assistido, Eutanásia e Cuidados Paliativos. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Eds.) Suicídio: Estudos Fundamentais. Segmento Farma, São Paulo, p. 207-215, 2014.

BATISTA, R. S. Eutanásia e compaixão. Revista Brasileira de Cancerologia; 50(4): 334-340. 2004.

BATISTA, K. T. et al. Reflexões bioéticas nos dilemas do fim da vida. Brasíliaméd; 46(1):54-62. 2009.

BIONDO, C. A.; SILVA, M. J. P.; SECCO, L. M. D. Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. Rev Lat Am Enfermagem; 17(5):613-619. 2009.

DUARTE, L. F. D. et al. Família, reprodução e ethos religioso: subjetivismo e naturalismo como valores estruturantes. In: DUARTE, L. F. D. et al. (Org.). Família e religião. Rio de Janeiro: Contracapa, p. 15-50. 2006.

DUMONT, L. O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 1985. EVANS-PRITCHARD, EE. Antropologia social. Lisboa: Edição 70, 1985.

FERRAI, C. M. M. et al. Uma leitura bioética sobre cuidados paliativos: caracterização da produção científica sobre o tema. Ver Bioeth; 2(1):99- 104. 2008.

FÉLIX, Z. C. et al. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura, Ciência & Saúde Coletiva, 18(9):2733-2746, 2013.

GOMES, E. C.; MENEZES, R. A. Aborto e Eutanásia: Dilemas Contemporâneos sobre os Limites da Vida. Aborto e Eutanásia: Dilemas Contemporâneos sobre os Limites da Vida. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18[1]:77 103, 2008.

HOWARTH, G; LEAMAN, O (ED.). Encyclopedia of death and dying. Londres: Routledge, 2001.

LOCK, M. Living cadavers and the calculation of death. Body & Society, v. 10, n. 2-3, p.135-152, 2004.

MACHADO, K. D. G.; PASSINI, L.; HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. Centro Universitário São Camilo; 1(1):34-42. 2007.

MAUSS, M. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de “Eu”. In: MAUSS, M. Ensaios de sociologia. São Paulo: Perspectiva, 2003.

MELO, A. G. C.; CAPONERO, R. Cuidados paliativos: abordagem contínua e integral. In: SANTOS FS, organizador. Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu; 2009.

MENEZES, R. A. Difíceis decisões: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo.Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, M. L.O. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. Acta sci, Health sci2008; 30(1):73-79.