



REVISTA CIENTÍFICA DA UMC

**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DA LITERATURA: “EUTANÁSIA, ORTOTANÁSIA E DISTANÁSIA”****LITERATURE REVIEW OF THE LITERATURE: "EUTHANASIA, ORTOTANASIA E DISTANASIA"**

Milena da Silva Milanis, Vivian Schmidt da Silva

Resumo:

A bioética aborda questões polêmicas tornando-se um tema difícil de discutir por envolver diversas indagações. Dessa forma, o trabalho objetiva caracterizar a produção científica a respeito da eutanásia, distanásia, ortotanásia, e cuidados paliativos. O trabalho desenvolveu-se em duas etapas: para a introdução foi utilizada a plataforma Scielo e livros de bioética e biodireito; e para a revisão sistemática foi realizado o levantamento bibliográfico na plataforma PubMed usando os descritores *Bioethics and Euthanasia*. Nos resultados foram gerados dois gráficos, o 1º com a quantidade de artigos de 2010 a 2018 e o 2º com os artigos categorizados por temas. A discussão mostra todos os temas apresentados no gráfico 2 enfatizando os mais encontrados: eutanásia e cuidados paliativos; discussão sobre decisões que envolvem a eutanásia; artigos de opinião; bioética sob contexto filosófico; e eutanásia neonatal. Após as análises fica clara a importância de continuar o debate sobre questões de terminalidade de vida.

Palavras-chave: Eutanásia; Ortotanásia; Distanásia; Cuidados paliativos; Religião

Abstract:

Bioethics addresses controversial issues making it a difficult topic to discuss because it involves several questions. Thus, the work aims to characterize scientific production regarding euthanasia, dysthanasia, orthothanasia, and palliative care. The work was carried out in two stages: for the introduction, the Scielo platform and books on bioethics and bio-law were used; and for the systematic review, a bibliographic survey was performed on the PubMed platform using the descriptors Bioethics and Euthanasia. In the results, two graphs were generated, the first with the number of articles from 2010 to 2018 and the second with the articles categorized by themes. The discussion shows all the themes presented in Graph 2, emphasizing the most found ones: euthanasia and palliative care; discussion of decisions involving euthanasia; opinion articles; bioethics under a philosophical context; and neonatal euthanasia. After analysis, it is clear the importance of continuing the debate on issues of terminal life.

Keywords: Euthanasia; Orthathanasia; Dysthanasia; Palliative care; Religion.

INTRODUÇÃO

Na bioética, quando se trata de eutanásia, ainda há muito o que se discutir, pois quando o assunto é o fim da vida ainda há outros dois conceitos que caminham com a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia. A eutanásia (palavra de origem grega, que significa “boa morte” (“eu” = boa; “thanatos” = morte)) pode ser classificada de quatro maneiras diferentes, passiva (quando o paciente morre por deixar de receber algo que lhe estava sendo crucial para continuar a viver), ativa (quando o paciente recebe uma dose de algum medicamento letal para encerrar a vida), voluntária (quando o paciente está lúcido o suficiente para participar do processo de escolha de encerrar a própria vida) e involuntária (quando o paciente encontra-se em estado que o impossibilita de fazer a escolha de encerrar ou não a própria vida e tal decisão é tomada por familiares ou responsáveis legais juntamente com o diagnóstico médico) (SILVA, 2014).

A distanásia baseia-se no outro extremo sobre o final da vida sendo o ato de prolongar o processo de morte do paciente, ato que ocorre pelo juramento médico de salvar vidas e pressão familiar exercida em cima do profissional de saúde pela falta de conhecimento e falta de aceitação da morte, mesmo quando está claro que todos os procedimentos médicos, medicações e aparelhos tecnológicos não poderão evitar e eminente fim. Logo, as causas para a distanásia são a adoração da vida, independentemente de sua qualidade, falta de conhecimento sobre a situação e medo da morte como já ditos anteriormente, sendo os pacientes com grandes riscos de sofrerem a distanásia os pacientes de unidade de tratamento intensivo (UTI), nascidos prematuros, os pacientes crônicos e com agravamento e os pacientes em estado terminal (OLIVEIRA & BARBAS, 2013). Entre esses dois extremos, eutanásia e distanásia, encontramos a ortotanásia, que mesmo muitas vezes confundida com a eutanásia, tem por objetivo simplesmente preservar o direito de morrer com dignidade, no momento em que se deve morrer, sem adiamento da morte ou prolongamento da vida, focada em preservar o paciente de dor física e/ou psicológica, preocupando-se inclusive com questões espirituais e sociais tanto do paciente quanto dos familiares ou responsáveis (KOVÁCS, 2014).

No que se diz respeito a morte com dignidade, para esse fim temos ainda os cuidados paliativos, que tiveram início por meio do movimento Hospice na Inglaterra em 1967, e tem por responsabilidade cuidar e dar assistência física e psicológica para a diminuição da dor no fim da vida do paciente, e proporcionar conforto social e

religioso para o enfermo e familiares, visando sempre a qualidade de vida. No Brasil, somente em 2010 a medicina paliativa foi considerada área de atuação específica (MALTA; RODRIGUES & PRIOLLI, 2018). Desta forma o objetivo do presente trabalho é caracterizar a produção científica a respeito da eutanásia, distanásia, ortotanásia, e cuidados paliativos.

MATERIAIS E MÉTODOS

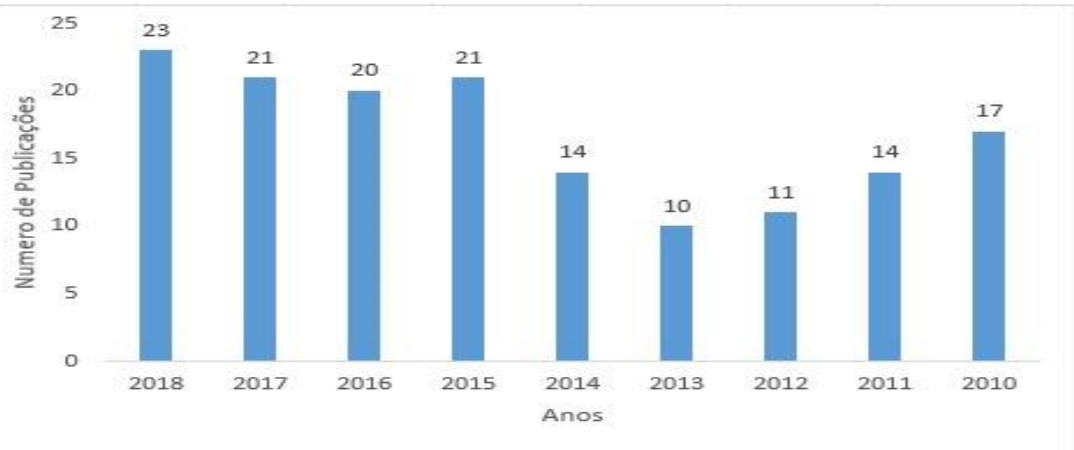
O trabalho foi desenvolvido em duas etapas:

- a) Para a escrita da introdução foi utilizada a plataforma Scielo para embasamento do texto. Os descritores utilizados foram: eutanásia, ortotanásia, distanásia, cuidados paliativos, eutanásia e religião. Ainda para a introdução foram utilizados livros na área de bioética e biodireito, consultados tanto na biblioteca física da Universidade de Mogi das Cruzes quanto na biblioteca virtual. Os dois tipos de publicação (artigos científicos e livros) foram selecionados a partir do ano 2000 até 2018.
- b) A revisão sistemática foi realizada através de levantamento bibliográfico na plataforma PubMed, usando os descritores *Bioethics and euthanasia*. O intervalo de tempo selecionado para a obtenção dos artigos a serem relacionados foi de 2010 a 2018. Os artigos obtidos foram categorizados segundo seus temas principais, observados no título e posteriormente no resumo, quando o assunto não era claro nesses dois itens a leitura completa do texto era realizada. Após essa categorização os artigos foram agrupados para exposição nos resultados. Foram gerados gráficos e os assuntos mais citados foram discutidos e apresentados em forma de tópico.

Para a análise estatística utilizou-se o teste do Qui-quadrado (χ^2) considerando nível de significância $p \leq 0,05$, do programa BIOESTAT 5.0 (AYRES et al., 2007).

Resultados

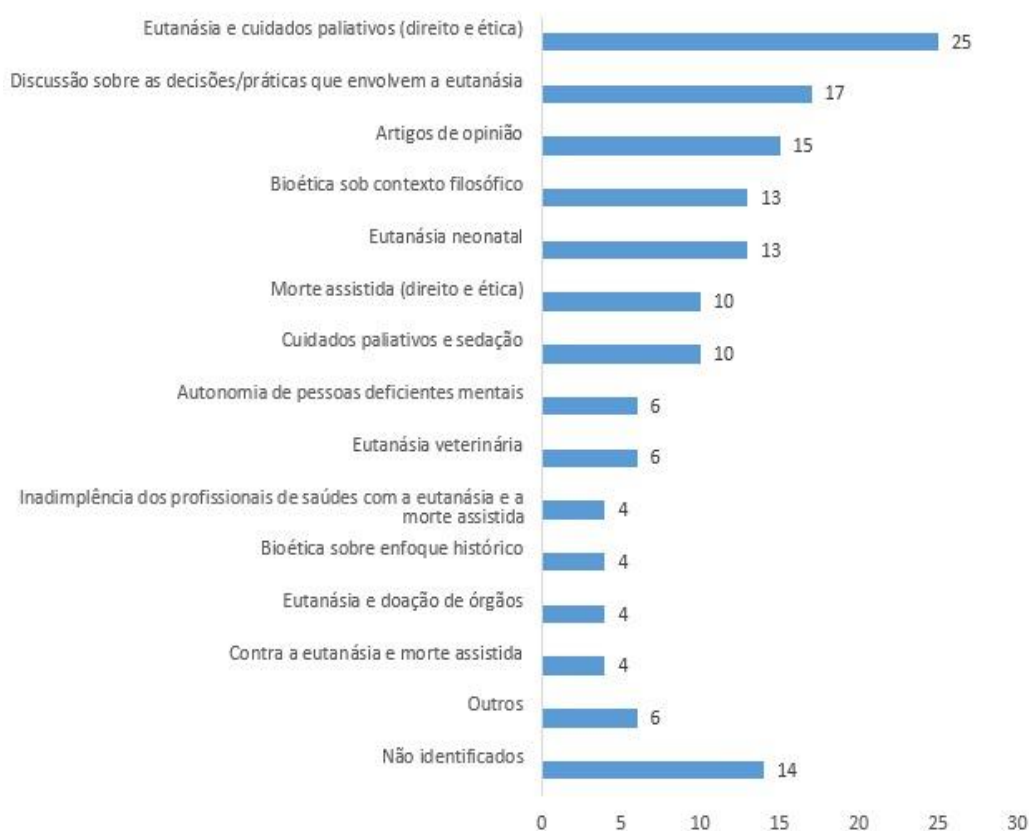
Gráfico 01 - Nº de publicações no Pubmed de acordo com o ano em ordem decrescente, para os *termos Bioethics and euthanasia*.



Fonte: PUBMED, 2019

Com menor relevância foram agrupados como 'Outros' num total de 6 publicações, temas dos quais apareceram no máximo duas vezes entre os 151 artigos analisados, como por exemplo: dificuldades na saúde de acordo com a classe social; ponto de vista de pacientes terminais sobre eutanásia e cuidados paliativos; doutrina do duplo efeito; e fatores sociais e culturais que influenciam o pensamento comum sobre a eutanásia. Há ainda uma a classificação 'Não identificados' que somam o total de 14 publicações onde houve dificuldade de acesso ao conteúdo por problemas não identificados, sendo possível apenas a leitura do título, o que não foi suficiente para classificação das publicações. As diferenças entre as frequências das publicações não são estatisticamente significativas ($p = 0,2192$, $\chi^2 = 10,702$, $gl = 8$) BIOESTAT 5.0 (AYRES et al., 2007).

Gráfico 02 - Temas encontrados dentro dos 151 artigos levantados para os termos *bioethics and euthanasia* na plataforma PubMed entre os anos de 2010 a 2018.



As diferenças entre as frequências dos temas das publicações são estatisticamente significativas ($p < 0,0001$, $\chi^2 = 52,146$, $gl = 14$) BIOESTAT 5.0 (AYRES et al., 2007).

DISCUSSÃO

Eutanásia e cuidados paliativos (direito e ética)

Como dito anteriormente o tema mais abordado no levantamento diz respeito as questões de terminalidade de vida, logo, uma das razões para o qual se levantam muitas perguntas em cima desse assunto é que se trata de um tema muito envolvido com questões religiosas dentro de cada cultura, o que, de certa forma, impossibilita os próprios médicos a chegarem numa conclusão assertiva nesse assunto. Podemos citar por exemplo a antiga medicina de Israel, onde era papel do ser humano reparar os erros da natureza, sendo a morte e a dor vistas como um erro da criação divina e a medicina tendo como papel indispensável nesse contexto prevenir o sofrimento e

curar. Mesmo depois de muitas mudanças na lei, ainda há muitos problemas para se determinar diretrizes mais avançadas, os médicos e enfermeiras ainda com grande dificuldade em aceitar a morte como ciclo natural da vida ignoram a necessidade do paciente e focam somente em tratamentos específicos esquecendo de cuidados na terminalidade da vida, independente do que estiver descrito em lei (SHALEV, 2010).

Em grande parte dos países baixos a eutanásia é proibida, sendo liberada em casos muito específicos que demandam que o paciente esteja lúcido, não tenha manifestado seu desejo pela morte somente em momentos de dor intensa e a família esteja de acordo. Sem essas expressas restrições não é possível liberar a prática da eutanásia. Essa é uma medida tomada pelos médicos e está debaixo de sua avaliação de modo geral, assim esse fato torna-se, além da própria eutanásia em si, muito confusa para os psiquiatras pois levantam outras diversas questões éticas e filosóficas quando se põe em pauta a autonomia do paciente, principalmente em relação a depressão que muitos deles desenvolvem por causa da dor e do sofrimento no processo final da vida (LEVY, et al 2013).

Diante desse contexto é possível verificar que há uma alta influência da opinião médica sobre a visão popular e até sobre figuras políticas que serão responsáveis pelas leis criadas que regulamentam as decisões de cada país tanto sobre a eutanásia e suas vertentes quanto sobre os cuidados com cada paciente ao final da vida, tanto os competentes (lúcidos, que respondem por si) e incompetentes (não lúcidos, que necessitam do intermédio de um familiar ou responsável). Atualmente o suicídio assistido por médicos é permitido na Suíça, em seis estados dos EUA – Califórnia, Colorado, Montana, Oregon, Vermont e Washington) e o distrito de Colúmbia. A eutanásia ativa voluntária é aceita em Bélgica, Canadá, Colômbia, Luxemburgo e Holanda. E algumas formas de eutanásia são praticados em países onde não é explicitamente ilegal (BRAVERMAN et al, 2017).

Toda essa discussão gira em torno de um único propósito: fornecer os melhores cuidados e dignidade ao paciente terminal. O que muitos esquecem, confundem ou comparam é que o termo “morte com dignidade” não se trata apenas de eutanásia, dentro desse mesmo contexto podemos encontrar os Cuidados Paliativos. A questão é que a eutanásia é muito mais destacada por que muitos pacientes chegam aos hospitais já em estado avançado de sua doença quando as terapias para controlá-las já não são mais tão eficazes, e mesmo que em algumas vezes ainda hajam formas de controlar a dor e reduzir os sintomas, muitos países ainda não tem acesso aos

cuidados paliativos, principalmente os países de renda baixa e média, fato que causa grande preocupação entre os profissionais da saúde pois estudos indicam que os casos de depressão e suicídio são maiores em pacientes que não tem acesso ao alívio da dor e sofrimento em sua terminalidade (LIMA et al, 2017).

Discussão sobre as decisões/práticas que envolvem a Eutanásia

Ainda dentro do campo da Eutanásia muito é discutido sobre os aspectos que envolvem seus procedimentos, questões sobre como é realizada e qual a melhor maneira para cada paciente terminal. Sendo assim, com o passar do tempo e o avanço tecnológico, atualmente surgiu uma nova vertente da eutanásia, a criotanásia, que se caracteriza pelo ato de extinguir a vida de um paciente terminal por um período de tempo, e preservá-lo, afim de que no futuro, com o avanço da ciência e da tecnologia esse mesmo paciente possa ser revivificado para curar sua enfermidade, que no passado provavelmente o teria matado. Esse procedimento é recente dentro da ciência e conta com todo um processo antes da criopreservação, no qual alguns procedimentos e regras são de extrema relevância como: o paciente não pode estar em estado avançado de sua doença e de 1 a 3 semanas antes do procedimento deve haver um total jejum de alimentos e líquidos, atitudes essas que podem causar mais sofrimento ao paciente em estado terminal, e por isso há todo um cuidado com o paciente nesses últimos dias. Logo através desse novo procedimento abrem-se mais questões no campo da bioética, entre a eutanásia e a criotanásia, pois mesmo que inicialmente esses dois procedimentos sejam usados com o intuito de aliviar a dor do paciente terminal, o primeiro é realizado em estágio avançado da doença onde não há mais esperança de cura para o paciente já o segundo é realizado ainda no começo da doença, antes que afete os órgãos de forma irreversível. Desse modo os argumentos contra a eutanásia não se aplicam para a criotanásia, formando um grande e novo paradoxo para a bioética (MINERVA & SANDBERG, 2017).

Artigos de opinião

Nesse tópico encontram-se os artigos que incluem opiniões de profissionais e estudantes da área da saúde e de famílias que tiveram experiências sobre os temas relacionados aos processos de final de vida.

A opinião sobre a eutanásia em seus diversos campos é moldada pelas suas experiências passadas com o tema e questões sociais e religiosas, sendo que para

as famílias que não possuem diploma na área da saúde outro fator que também é relevante incluem as convicções médicas e essas convicções mudam de acordo com a cultura e política de cada país. Para médicos europeus há uma diversidade de opiniões que se relacionam com o país que o médico vive, sendo que somente países baixos, Bélgica e Luxemburgo, possuem leis para eutanásia em geral e nenhum outro país há um veredito. Na Itália por exemplo, a opinião da sociedade e dos profissionais de saúde ainda permanece resistente a eutanásia pois a lei e a cultura ainda estão centradas na doutrina católica romana. Sob um contexto norte americano há dados que dizem que as opiniões dos cidadãos e dos profissionais de saúde vem mudando a favor da eutanásia, isso porque em todo o país a eutanásia é proibida, mas em alguns estados o suicídio assistido por médicos já é totalmente legal, fato que abre espaço para outros debates sobre temas relacionados à dignidade e autonomia no final da vida (BARONE & UNGURU, 2017).

Uma pesquisa realizada no México sugere que a idade e a experiência profissional dos médicos podem ter significativa influência em sua opinião contra a eutanásia ativa e passiva, sendo que os médicos mais velhos tendem a ter uma opinião mais adversa sobre os temas. Outro fator que está entre os principais motivos para a aversão ao tema é a relação dos profissionais de saúde com religião, sendo que os médicos ateus se mostraram mais dispostos a aceitar a prática da eutanásia, tanto ativa quanto passiva, porém a falta de espiritualidade é uma das características da maior quantidade de pacientes que em sua terminalidade buscam a eutanásia e sua variáveis (CASTILLO & CASTILLO, 2018).

Bioética sob contexto filosófico

Nesse tópico foram separados artigos que discutem os termos utilizados dentro do campo da bioética, e avaliam de forma reflexiva os termos usados para definição e debates do tema e como essas definições podem influenciar na tomada de decisões e na opinião dos familiares e dos médicos de modo geral.

A defesa da tomada de uma decisão ou de uma opinião é realizada ou por que está entre posições alternativas mais óbvias ou dominantes. Diante desse contexto há duas formas de avaliação para a tomada de decisões: epistemológico e prático. Sendo a forma epistemológica uma maneira mais racional e teórica de tomada de decisão, optando por um meio termo, dessa forma não são vistas como opiniões ou decisões de compromisso, embora ainda assim, estejam mais bem estabelecidas que

opiniões no senso comum. Já quando se trata da tomada de decisões sobre questões de final de vida levando em conta o lado prático da questão também se pode partir para o meio termo por medo de reprovação, ou para evitar desacordos, podemos citar por exemplo a posição de um bioeticista que defende a doação de órgãos de um paciente terminal independente de seu consentimento ou não, sendo essa uma opinião extremista mas que se desvencilha da lei e da opinião populacional, sendo que nesse contexto o bioeticista pode adotar uma posição que vise o meio termo e respeite a lei para evitar as desavenças e adquirir admiração do ponto de vista médico e da população de modo geral (DEVOLDER & DOUGLAS, 2018).

Eutanásia Neonatal

Nesse tópico foram selecionados apenas artigos que tivessem como tema central os cuidados em terminalidade de vida focados desde recém-nascidos até pré-adolescentes e como ocorre o respeito à autonomia nesses casos mais específicos onde há maior envolvimento dos familiares ou responsáveis e que necessita de uma maior atenção e maior cuidado médico.

Atualmente, apenas na Bélgica e na Holanda é aceita a prática da eutanásia para recém-nascidos, porém apenas sob condições específicas como: não ter nenhuma chance de sobrevivência (sendo identificada uma morte certa em algum tempo após o nascimento) ou ter o prognóstico que mesmo tendo uma chance mínima de sobrevivência não terá qualidade de vida. Mas mesmo que a lei seja aplicada apenas para recém-nascidos, em 2012 uma lei autorizou médicos a praticarem a eutanásia para pré-adolescentes também, desde que houvesse o pedido constante dos menores de idade e o consentimento dos responsáveis. Mesmo em países que não aceitam a eutanásia para menores de idade, é de extrema importância facilitar o acesso a bons métodos de cuidados paliativos para esses menores terminais e arcar com todas as despesas que o mesmo venha a ter. Diante desse contexto os médicos, enfermeiros e os provedores de cuidados domiciliares baseados na comunidade devem desenvolver mais habilidades para lidar melhor com os pacientes terminais menores de idade, sendo que esses cuidados devem ser focados não na morte mais sim na qualidade de vida do paciente, eliminando ao máximo seu sofrimento até sua terminalidade, e mesmo que o pedido de eutanásia surja durante os cuidados paliativos, a experiência e os cuidados devem permanecer para as famílias, independentemente de suas escolhas (DAVIES, 2018).

Morte assistida (direito e ética)

Nesse tópico foram selecionados artigos que traziam em seu tema central uma definição e discussão sobre a morte assistida por médicos levando em consideração os direitos dos pacientes a autonomia e a ética dos profissionais de saúde.

A morte assistida por médicos assim como a eutanásia é proibida em muitos países mas o que se sabe atualmente é que a morte assistida em outros países é legalizada já a eutanásia não, isso causa uma confusão na mente dos eticistas pois, de modo geral, a morte assistida e a eutanásia são semelhantes em seu contexto, mudando apenas que no final é o médico ou o paciente que pratica o ato decisivo, porém, durante todo o percurso os dois atos devem: ter manifestação do paciente; a doença ser diagnosticada pelo médico como incurável e terminal; o paciente deve estar lúcido; e a medicação deve ser escolhida pelo médico. O que muda é que ou o médico dá o remédio fatal ao paciente, ou o paciente mesmo se automedica. A questão a ser considerada é que em todo esse processo, no final, com a morte concluída tanto o médico quanto o paciente ficam responsáveis pelo resultado final. O argumento principal dos países que se opõem ao suicídio assistido inclui o fato de que, como o médico que prescreve os medicamentos que o paciente que deseja a morte deve tomar, a liberação desse medicamento compromete os vulneráveis, ou seja, fica em acesso até para pessoas que estão psicologicamente comprometidas, podendo além de se matarem, causar uma fatalidade a um nível maior. O que as políticas desses países não consideram é que com o avanço da tecnologia, atualmente é possível contrabandear esses medicamentos até mesmo pela internet, logo, argumentar que a proibição da morte assistida é para proteger outros da população, não é cabível quando se amplia a visão para os dias atuais dentro de contexto atual (HARTGH, 2017).

Cuidados Paliativos e Sedação

Com o passar dos anos e a disseminação de informações sobre os cuidados paliativos, essa prática tem se tornado cada vez mais comum entre os países, e através desses cuidados é possível verificar uma maior autonomia dos pacientes terminais, podendo optar por tratamentos que prolongue a vida ou simplesmente optarem pela ortotanásia, sendo assim fica em responsabilidade médica fornecer todos os cuidados paliativos necessários ao paciente. A questão dentro desse contexto é que muitos pacientes que optam pelos cuidados paliativos a fim de morrer

com dignidade, dependendo da doença que lhe acomete podem sentir dores insuportáveis em sua terminalidade, e nesse momento que surge o processo de sedação para alívio dos pacientes, podendo ser momentâneos ou contínuos. Diante disso, alguns problemas podem surgir como a sedação terminal precoce, que é a combinação de sedação profunda com a cessação de alimento e nutrição. Esse processo é realizado quando o paciente está ativamente morrendo mas torna-se um problema quando é aplicada em pacientes de forma precoce, como o próprio nome sugere. Essa prática em pacientes que não estão ativamente morrendo pode acelerar o processo de morrer, sendo de modo geral análogo a eutanásia. Dessa maneira a sedação dentro dos cuidados paliativos é um assunto que ainda necessita ser melhor discutido, pois mesmo que de um lado pode proporcionar alívio do sofrimento e maior dignidade para pacientes terminais, dependendo do momento em que é aplicada pode adiantar a morte do paciente, não respeitando sua prévia escolha (CELLARIUS, 2011).

Autonomia de pessoas deficientes mentais

No que se refere a autonomia de pessoas com deficiência é necessário verificar como elas são percebidas na sociedade em que estão inseridas, pois essa visão cria uma linha tênue entre respeitar o direito desses deficientes de exercer sua autonomia nos processos de final de vida e o risco que correm de abuso de sua deficiência (RIDDLE, 2017). No entanto, um dos grandes desafios para incluir pessoas com deficiências mentais nas leis que respeitam a autonomia no fim da vida, é que essas decisões estejam apoiadas em argumentos fortes e concisas sobre a decisão do paciente de morrer, e que a dor seja insuportável de tal modo que nenhum cuidado paliativo seja válido. Porém é de extrema dificuldade diagnosticar a dor em pessoas com deficiência mental, o que pode tornar a dor abstrata, sendo esse o momento em que, dependendo da sociedade em que a pessoa está inserida, pode ocorrer o abuso de sua deficiência, principalmente em locais de menor poder aquisitivo onde seja necessário por exemplo, liberar macas ocupadas para atender a grande demanda de pacientes. Independente disso, toda pessoa com deficiência mental, deve ser respeitada como parte da sociedade, tendo autonomia no final de vida e usufruir de todos os cuidados que forem necessários, independentemente de sua capacidade intelectual (GASTMANS & LEPELEIRE, 2010).

Eutanásia veterinária

Dentro desse tema, foi possível constatar pouco número de publicações, as que foram possíveis o acesso ao resumo, o resumo não estava bem claro e em sua grande maioria os artigos não eram liberados para leitura na íntegra.

No que se trata da eutanásia para animais, o dilema ético que mais é discutido sobre esse tema relaciona-se com os sentimentos dos donos dos animais e o desconforto e estresse profissional quando há a necessidade da prática em algum momento do trabalho, não visando necessariamente o bem-estar animal, sendo a eutanásia ainda vista como última opção nesse meio. Dessa forma ainda há uma grande necessidade de mais pesquisas nessas áreas para desenvolver melhores cuidados para animais em processo de final de vida e orientar melhor profissionais veterinários quanto a essa prática em sua profissão (ASHALL, 2018).

Inadimplência dos profissionais de saúde com a eutanásia e a morte assistida

Dentro desse tema, os 4 artigos encontrados trabalham, de modo geral, com relatos e análises de casos para verificar os processos de final de vida de diversos pacientes com diferentes doenças e faixas etárias, e analisam a conduta médica com relação as leis, procedimentos e cuidados ao final da vida de seus pacientes.

A Holanda é um país referência quando se trata de casos de eutanásia e morte assistida, sendo um dos pioneiros a liberar esse direito de autonomia para os pacientes terminais prescrito em lei, porém sob rigorosos critérios para que possa haver um controle. Todos os casos são relatados e disponibilizados on-line, desse modo através de uma análise mais profunda e detalhada dos casos descritos, segundo MILLER & KIM, 2017, muitos médicos mostraram-se confusos ao realizar os procedimentos, se comportando de maneira não ortodoxa, sendo deixado como segundo plano a manutenção adequada nos registros, falhas repetidas em seguir procedimentos, uso incorreto de medicamentos e interpretação confusa dos pedidos dos pacientes.

Bioética sob enfoque histórico

Atualmente a eutanásia é vista como boa morte, e é aplicada, nos países em que é permitida, como ato de misericórdia e respeito a autonomia do paciente, quando já não há mais solução nem tratamento eficaz para a terminalidade do paciente, Ihe

aliviando a dor e o sofrimento. No entanto não foi sempre assim, mesmo a eutanásia tendo em seu nome o significado de boa morte, um dos primeiros momentos da história onde ela começou a tornar-se famosa, a eutanásia foi utilizada exatamente da maneira oposta ao significado do seu nome, sendo usado por médicos que se associaram ao poder nazista para recuperar sua credibilidade, como forma de “purificar” a raça alemã. Desse modo, os médicos juntamente com o estado utilizavam-se da eutanásia para matar e higienizar a raça ariana alemã sob o disfarce de misericórdia. Com isso, de 200.000 a 300.000 pessoas foram mortas, sob a denominada eutanásia nazista (GRODIN *et al.*, 2018).

Eutanásia e doação de órgãos

Quando se trata de doação de órgãos atrelado a eutanásia, encontramos um grande dilema atual para a bioética chamado de regra do doador morto. Essa regra estabelece que todo processo de doação de órgãos somente pode ser realizado em pacientes mortos e a mesma entra em conflito com a o processo de eutanásia, quando os pacientes optam pela prática da eutanásia através da morte por retirada de órgãos vitais, prática em que o paciente é anestesiado, e seus órgãos vitais são retirados e imediatamente conservados para o processo de doação. Dessa forma, mesmo que o paciente esteja apto para a eutanásia, não é permitido a retirada de órgãos por ele ainda estar vivo, desrespeitando seu desejo de autonomia, porém a retirada após a morte pode danificar grande parte dos órgãos reduzindo significativamente as chances de que o desejo do paciente seja cumprido, sendo esse um argumento de peso para incluir exceções a essa regra do doador morto. Porém ainda analisando o campo da eutanásia, um argumento que favorece que a regra do doador morto continue rígida é que muitos pacientes quando diagnosticados com uma doença terminal podem desejar, antecipadamente, a morte por retirada de órgãos vitais com a intenção de colaborar para a sociedade, sem que seja ao menos incluso dentro dos regulamentos de dor e sofrimento para a prática da eutanásia (LEVIN & COONS, 2011).

Contra a eutanásia e morte assistida

Os artigos encontrados com foco central em demonstrar que a eutanásia é errada, se utilizam da eutanásia passiva para justificar seus argumentos de que a retirada de equipamentos que sustentam a vida é classificada como uma forma de

omissão de socorro, e tudo que causa a morte do paciente direta ou indiretamente é uma forma de matar e deve ser classificada e punida como tal. Segundo MCGEE, 2015, há uma visão errônea de que a retirada de equipamentos não causa a morte e sim deixa o paciente morrer, visão essa difundida na sociedade pela associação de dois argumentos também errôneos, o primeiro que ressalta que apenas profissionais de saúde qualificados podem retirar os equipamentos que mantêm a vida, de forma que se o ato fosse realizado por qualquer outra pessoa seria caracterizado como crime, o segundo de que apenas o que causa a morte é o ato de matar diretamente.

CONCLUSÃO

Todas as publicações dos últimos anos sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia, foram concisas em abordar o leitor para uma conscientização dentro do tema central proposto quando lidas individualmente. O que se torna mais relevante é que ainda há divergências de opiniões quanto aos temas no momento em que se comparam as publicações, justamente por se caracterizar um assunto polêmico para muitas culturas, pois interage diretamente com questões religiosas, políticas e socioeconômicas, uma vez que todas essas questões são diferentes para cada país.

Dessa forma fica clara a necessidade e a importância de dar continuidade ao debate sobre alguns termos utilizados na bioética como a morte assistida que se diferencia da eutanásia apenas pelo ato final onde o paciente se auto medica com o auxílio do médico, pois termos como esse interferem nas tomadas de decisões.

Sendo assim esses debates podem contribuir significativamente para o avanço da sociedade sobre as questões de terminalidade de vida, de modo que, em um futuro não muito distante, seja possível o respeito com a autonomia e o direito a morte com dignidade das diversas classes sociais, idades e capacidades mentais em todo o mundo.

Agradecimentos

Os autores Milanis, M. S e Schmidt, V. S. agradecem ao professor Doutor Moacir Wu pelo auxílio na elaboração das análises estatísticas do presente artigo.

Referências

- ASHALL, V. Ethical dilemmas encountered by small animal veterinarians: challenging the status quo?. **Veterinary Record**, v. 182, n. 19, p. 546–547. 2018.
- AYRES, Manuel; AYRES Jr., Manuel; AYRES, Daniel Lima e SANTOS, Alex Santos dos. BioEstat 5.0: Aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas. Belém; Sociedade Civil Mamirauá: MCT-CNPq, 2007.
- BARONE, S.; UNGURU, Y. MEDICINE AND SOCIETY: Should Euthanasia Be Considered Iatrogenic?. **AMA Journal of Ethics**, v. 19, nº. 08, p. 802-814. 2017.
- BRAVERMAN, D. W.; MARCUS. B. S; WAKIN, P. G.; MERCURIO, M. R.; KOPF, G. S. Health Care Professionals' Attitudes About Physician-Assisted Death: An Analysis of Their Justifications and the Roles of Terminology and Patient Competency. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 54, nº 04, p. 538-545. 2017.
- CASTILLO, A. G.; CASTILLO, J. G. Active and Passive Euthanasia: Current Opinion of Mexican Medical Students. **Cureus**, v. 10, nº 07, p. 3047. 2018.
- CELLARIUS, V. 'Early terminal sedation' is a distinct entity. **Bioethics**, v. 25, n. 01, p. 46-54. 2011.
- DAVIES, D. Medical assistance in dying: A paediatric perspective. **Paediatrics & Child Health**, v. 23, nº 02, p. 125-130. 2018.
- DEVOLDER, K., DOUGLAS, T. The epistemic costs of compromise in bioethics. **Bioethics**, v. 32, nº. 02, p. 111-118. 2018.
- GASTMANS, C.; LEPELEIRE, J. Living to the bitter end? A personalista approach to euthanasia in persons with severe dementia. **Bioethics**, v. 24, n. 02, p. 78-86. 2010.
- GRODIN, M. A.; MILLER, E. L.; KELLY, J. I. The Nazi Physicians as Leaders in Eugenics and "Euthanasia": Lessons for Today. **American Journal of Public Health**, v. 108, n. 01, p. 53–57. 2018.
- HARTGH, G. D. Two kinds of physician-assisted death. **Bioethics**, v. 31, n. 09, p. 666-673. 2017.
- KOVÁCS, M. J. O caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista bioética**, Brasília, v. 22, nº. 01, p. 94-104. 2014.
- LEVIN, N.; COONS, C. The dead donor rule, voluntary active euthanasia, and capital punishment. **Bioethics**, v. 25, n. 05, p. 236-243. 2011.
- LEVY, T. B.; AZAR, S.; HUBERFELD, R.; SIEGEL, A. M.; STROUS, R. D. Attitudes towards euthanasia and assisted suicide: a comparison between psychiatrists and other physicians. **Bioethics**, v. 27, nº 07, p. 402-408. 2013.
- LIMA, L. D; WOODRUFF, R.; PETTUS, K.; DOWNING, J.; BUITRAGO, R.; MUNYORO, E.; VENKATESWARAN, C.; BHATNAGAR, S.; RADBRUCH, L. International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. **Journal of palliative medicine**, v. 20, nº 01, p. 08-14. 2017.
- MALTA, R.; RODRIGUES, B.; PRIOLLI, D G. Paradigma na Formação Médica: Atitudes e Conhecimentos de Acadêmicos sobre Morte e Cuidados Paliativos. **Revista brasileira de educação médica**, v. 42, nº. 02, p. 34-44. 2018.
- MC GEE, A. Acting to let someone die. **Bioethics**, v. 29, n. 02, p. 74-81. 2015.
- MILLER, D. G.; KIM, S. Y. H. Euthanasia and physician-assisted suicide not meeting due care criteria in the Netherlands: a qualitative review of review committee judgements. **BMJ Open**, v. 07, n. 01, p. 01-12. 2017.
- MINERVA, F.; SANDBERG, A. Euthanasia and cryoethanasia. **Bioethics**, Bélgica, v. 31, nº. 07, p. 526-533. 2017.
- PUBMED: US National Library of Medicine National Institutes of Health, disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> acessado em: fevereiro de 2019.
- RIDDLE, C. A. Assisted dying & disability. **Bioethics**, v. 31, n. 06, p. 484-489. 2017.
- OLIVEIRA, M.Z.P.B.; BARBAS, S. Autonomia do idoso e distanásia. **Revista bioética**, Brasília, v. 21, nº. 02, p. 328-337. 2013.

SHALEV, C. Reclaiming the patient's voice and spirit in dying: an insight from Israel. **Bioethics**, v. 24, nº 03, p. 134-144. 2010.

SILVA, J.A.C. **O fim da vida: uma questão de autonomia**. Nascere e Crescer, Pará, v. 23, nº. 02, p. 100 – 105. 2014.