

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Quezia Cardoso Dias

Direito à boa morte como estratégia na promoção do cuidado em saúde.

Rio de Janeiro
2024

Quezia Cardoso Dias

Direito à boa morte como estratégia na promoção do cuidado em saúde.

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dra. Eloá Carneiro Carvalho

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

D541 Dias, Quezia Cardoso

Direito à boa morte como estratégia na promoção do cuidado em saúde /
Quezia Cardoso Dias. – 2024.
69 f.

Orientadora: Eloá Carneiro Carvalho

Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) –
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio
Cordeiro em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de
Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense.

1. Morte. 2. Eutanásia. 3. Autonomia Pessoal. 4. Integralidade em Saúde.
5. Medicina. 6. Bioética. I. Carvalho, Eloá Carneiro. II. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.
III. Título.

CDU 616-036.88

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação,
desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Quezia Cardoso Dias

Direito à boa morte como estratégia na promoção do cuidado em saúde.

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em 06 de dezembro de 2024.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Eloá Carneiro Carvalho (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof. Dr. André Luís de Oliveira Mendonça

Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro - UERJ

Prof. Dra. Samira Silva Santos Soares

Universidade Estadual de Santa Cruz

Rio de Janeiro

2024

AGRADECIMENTOS

São tantas pessoas queridas que desde o início estiveram diretamente ou indiretamente envolvidas na construção deste meu projeto, que foi o Mestrado, que é difícil listá-las aqui. A sensação que me toca neste momento é para além de dever cumprido, posso claramente perceber um divisor de águas em minha trajetória após esse desafio que foi o mestrado. Agradeço ao Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, por ampliar meus horizontes; o apoio e suporte da minha orientadora Prof. Dra. Eloá Carneiro Carvalho, por sua generosidade em transmitir conhecimento de forma tão acolhedora, por toda a paciência e estímulo durante esse período tão enriquecedor em minha trajetória, foi muito importante sentir sua presença, em especial onde o caminho se mostrou tortuoso e incerto; ao Prof. Dr. André Luís Mendonça por suas preciosas contribuições para a qualificação, por sua ousadia em transformar a educação, pelas “saraulas”, por enxergar além, por encontrar o ser humano no lugar de outro ser humano e dar voz; ao Matheus meu parceiro de vida, pelo encorajamento, força, dedicação, apoio diário constante e por acreditar em mim até quando eu mesma duvido de tudo, acima de tudo agradeço, a compreensão nos momentos de renúncia e o conforto oferecido nos momentos de angústia; aos meus pais que mesmo sem entender ou concordar me apoiam como podem; ao meu irmão por acreditar em meu potencial e ser um grande incentivador, nosso amor é forte e que assim permaneça; minha cunhada pelo suporte na área onde meu domínio é limitado; a Adrielle por me enxergar corajosa e me apoiar incondicionalmente; houveram pessoas que também foram um pouco orientadoras, com valiosas dicas; meu amigo Maycom que me acompanha em cada passo nesta jornada acadêmica e de vida desde a graduação, sua presença, dicas, trocas sobre a prática são imensuráveis; obrigada hoje e sempre; minha colega do curso Lina, por sua leveza em escutar a vida tão poeticamente como uma menina e tão potente como a mulher que ousa, sobretudo ousa transformar; aos colegas de turma do PPGBIOS, pelo convívio alegre e rico em trocas enriquecedoras nos mais variados temas.

Finalizo este trabalho com sentimento de gratidão a todas essas pessoas. A realização desse mestrado não teria sido possível sem o apoio absoluto de vocês. Serei eternamente grata por terem sonhado o meu sonho comigo. Cada um à sua maneira me inspira e ilumina o meu caminho. Obrigada por todo cuidado, zelo e parceria dedicados a mim.

DEDICATÓRIA

Dedico o presente trabalho a todos os pacientes diagnosticados com doença terminal que se encontram sofrendo e sem perspectiva de cura da doença e sonham com uma morte tranquila. Este trabalho é dedicado a todos os pacientes e seus familiares que tive o privilégio de encontrar em meu caminho profissional; vocês me ensinaram muito, obrigada! Escutei, acolhi e ousei dar voz com os instrumentos que possuo, ao sofrimento e perdas que me confiaram. "Até a morte, tudo é vida." Miguel de Cervantes (1547-1616).

Não tenho medo da morte
Mas sim medo de morrer
Qual seria a diferença
Você há de perguntar
É que a morte já é depois
Que eu deixar de respirar
Morrer ainda é aqui
Na vida, no sol, no ar
Ainda pode haver dor
Ou vontade de mijar

A morte já é depois
Já não haverá ninguém
Como eu aqui agora
Pensando sobre o além
Já não haverá o além
O além já será então
Não terei pé nem cabeça
Nem fígado, nem pulmão
Como poderei ter medo
Se não terei coração?

Não tenho medo da morte
Mas medo de morrer, sim
A morte é depois de mim
Mas quem vai morrer sou eu
O derradeiro ato meu
E eu terei de estar presente
Assim como um presidente
Dando posse ao sucessor
Terei que morrer vivendo
Sabendo que já me vou

Então nesse instante sim
Sofrerei quem sabe um choque
Um piripaque, ou um baque
Um calafrio, ou um toque
Coisas naturais da vida
Como comer, caminhar
Morrer de morte matada
Morrer de morte morrida
Quem sabe eu sinta saudade
Como em qualquer despedida.

Não tenho medo da morte – Gilberto Gil

RESUMO

DIAS, Quezia Cardoso. **Direito à boa morte como estratégia na promoção do cuidado em saúde**. 2024. 69 f. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2024.

Objetivo: analisar na literatura científica como a boa morte/eutanásia e a corresponsabilidade terapêutica são abordadas na formação médica. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, centrada nos temas da eutanásia, cuidado integral em saúde, autonomia e educação médica. A pesquisa se deu em quatro plataformas: Google Scholar, Scielo, Pubmed e Portal BVS. **Resultados:** foram encontrados 242 títulos elegíveis, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram inclusos 49 artigos para a leitura integral dos estudos que preencheram os critérios de análise. Emergiram três categorias temáticas, a saber: Eutanásia, Integralidade em Saúde e Educação Médica. **Considerações finais:** O estudo mostra a escassez na abordagem da temática sobre a eutanásia na educação médica, bem como a dificuldade desses profissionais ao tratarem da terminalidade de vida, além de apontar a necessidade de uma política nacional que alicerce cenários diversificados, fundamentada em um modelo de boa morte que se proponha acolher incondicionalmente o paciente promovendo qualidade de vida maior no momento de menor qualidade de vida dessas pessoas. Embora incipiente, os estudos são unânimes em reconhecer o direito da pessoa de dispor sobre os rumos da sua vida e de seu corpo, especialmente quando em condições de terminalidade de vida, dando luz a princípios éticos de dignidade e autonomia para um posicionamento de não omissão diante do sofrimento humano durante a fase mais difícil da vida, garantindo respeito à autodeterminação. Apontam ainda que, a falta de autonomia causa sofrimento e que a produção do cuidado integral em saúde é um prática dialógica, devendo esta ser pautada na corresponsabilidade terapêutica, portanto, é mister a necessidade de dar centralidade na construção de boas práticas de fim de vida e corresponsabilidade terapêutica/autonomia do paciente em todos os âmbitos, principalmente na formação acadêmica, afim de se ultrapassar o modelo biomédico, paternalista e direcionado à cura e ter como horizonte terapêutico o cuidado integral do paciente.

Palavras-chave: eutanásia; autonomia; integralidade em saúde; educação médica.

ABSTRACT

DIAS, Quezia Cardoso. **Right to a good death as a strategy in health care promotion.** 2024. 69 f. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2024.

Objective: to analyze in the scientific literature how good death/euthanasia and therapeutic co-responsibility are addressed in medical training. Methodology: This is an integrative literature review, focused on the themes of euthanasia, comprehensive health care, autonomy and medical education. The research was conducted on four platforms: Google Scholar, Scielo, Pubmed and Portal BVS. Results: 242 eligible titles were found, after applying the inclusion and exclusion criteria, 49 articles were included for the full reading of the studies that met the analysis criteria. Three thematic categories emerged, namely: Euthanasia, Comprehensive Health and Medical Education. Final considerations: The study shows the scarcity in the approach to the theme of euthanasia in medical education, as well as the difficulty of these professionals when dealing with the end of life, in addition to pointing out the need for a national policy that supports diverse scenarios, based on a model of good death that proposes to unconditionally welcome the patient, promoting a higher quality of life at a time of lower quality of life for these people. Although incipient, studies are unanimous in recognizing the right of individuals to decide the course of their lives and bodies, especially when in terminal conditions, shedding light on ethical principles of dignity and autonomy for a stance of non-omission in the face of human suffering during the most difficult phase of life, ensuring respect for self-determination. They also point out that the lack of autonomy causes suffering and that the production of comprehensive health care is a dialogical practice, which should be based on therapeutic co-responsibility. Therefore, it is essential to give centrality to the construction of good end-of-life practices and therapeutic co-responsibility/patient autonomy in all areas, especially in academic training, in order to overcome the paternalistic biomedical model focused on cure and to have comprehensive patient care as a therapeutic horizon.

Keywords: eutanásia; autonomy; comprehensiveness in health; medical education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1-	Problema, Conceito e Contexto de Pesquisa.....	26
Tabela 1-	Estratégias de pesquisa por base de dados aplicada no dia 20 de dezembro de 2023.....	27
Figura 1-	Fluxograma do processo de seleção e inclusão dos estudos.....	28
Quadro 2-	Distribuição dos artigos com base na questão norteadora, categoria I: Eutanásia.....	29
Quadro 3-	Distribuição dos artigos com base na questão norteadora, categoria II: Integralidade em Saúde.....	34
Quadro 4-	Distribuição dos artigos com base na questão norteadora, categoria III: Educação Médica.....	35

LISTA DE ABREVEATURAS

CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CP	Cuidados Paliativos
DAV	Diretivas Antecipadas de Vontade
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAC	Plano Avançado de Cuidados
PNH	Política Nacional de Humanização
QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
TV	Testamento Vital

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	REFERENCIAL TEÓRICO	14
1.1	Boa morte e os cuidados em fim de vida	14
1.2	O poder biomédico sobre a morte	16
1.3	Corresponsabilidade terapêutica e o empoderamento dos usuários	19
1.4	Quem tem o poder de definir o que é qualidade de vida?	21
2	PERCURSO METODOLÓGICO	25
3	RESULTADOS	29
4	DISCUSSÃO	39
4.1	Eutanásia na revisão integrativa	39
4.1.1	<u>A autonomia e a dignidade como fundamentações para a prática da eutanásia</u>	41
4.1.2	<u>Horizontalização da prática médica e a vontade do paciente</u>	44
4.1.3	<u>Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) como ferramenta jurídica e ética de autodeterminação</u>	48
4.1.4	<u>Principais reflexões destacadas acerca da eutanásia</u>	50
4.2	Integralidade em saúde na revisão integrativa	51
4.2.1	<u>Principais reflexões destacadas acerca da integralidade em saúde</u>	53
4.3	Educação médica na revisão integrativa	53
4.3.1	<u>Principais reflexões destacadas acerca da educação médica</u>	58
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERÊNCIAS	62

INTRODUÇÃO

O interesse em debruçar minha pesquisa sob o tema da boa morte/eutanásia como possibilidade estratégica no cuidado em saúde, surge a partir da experiência no acompanhamento psicológico de pacientes em estágio avançado de doenças neurodegenerativas - sem prognóstico de cura e já sob cuidados em fim de vida. No decorrer dessa assistência o que fica marcadamente presente é a importância do diálogo multiprofissional que seja horizontalizado e humanizado, essa planificação no diálogo sob o cuidado a ser ofertado aponta para humanização em saúde, preconizada pelo SUS na Política Nacional de Humanização (PNH) que possui com um de seus princípios a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos. (BRASIL, 2008).

A proximidade no acompanhamento psicológico de sujeitos em fim de vida aponta para cenários diversificados de agenciar a boa morte, assim como, indicam entroncamentos no processo de conceber sujeitos ativos e corresponsáveis por seu tratamento em busca de maior autonomia, sendo esta construção dialética entre usuários e trabalhadores gestores em saúde (MARTINS, 2010).

O termo “boa morte”, etimologicamente do grego *eu*, boa, e *thanatos*, morte, foi usado pela primeira vez pelo filósofo Francis Bacon no século XVII em sua obra *Historia vitae et mortis* (1623), que defendia a prática da eutanásia quando os médicos não mais dispusessem de meios para curar um doente em sofrimento. Para Bacon, os médicos deveriam ter o direito de amenizar as dores e a agonia da morte. Pessini (2004) ao analisar a função do médico, salienta que a este cabe o ato de “curar e de aliviar as penas e as dores, não somente quando esse alívio possa conduzir à cura, mas também quando possa trazer uma morte calma e fácil” (PESSINI, 2004, p. 106).

De acordo com Freitas (2012):

A origem epistemológica de boa morte vem do grego “kalos thanatos”, que significa morte ideal ou exemplar, na qual se pretende respeitar um conjunto de comportamentos socialmente sancionados, de modo a que adquira um sentido para quem estiver envolvido (FREITAS, 2012, p.9).

Goldim (2004) aponta ainda que, historicamente, os gregos (69aC-30aC) praticavam a eutanásia para evitar que as pessoas sofressem prolongadamente de uma doença incurável. Ao longo dos anos, tal prática ocorreu em várias culturas e religiões, mas sempre foi um tema controverso, alcançando seu ponto mais polêmico durante o regime nazista, quando num

contexto de eugenia, um programa de eutanásia foi implementado sob o código “*Aktion T4*”¹. O objetivo inicial do programa era eliminar pessoas que tinham uma “vida que não merecia ser vivida”. O programa resultou na morte de mais de 70.000 pessoas, incluindo deficientes físicos, pacientes terminais e idosos, buscava-se uma “higienização social” e um aprimoramento de raça (GOLDIM. 2004 s.p).

Atualmente, a eutanásia é legalizada em países como a Holanda, onde em 2002 tornou-se o primeiro país a regulamentar o procedimento seguido pela Bélgica (2002), Luxemburgo (2009), Colômbia (2015) e Canadá (2016). Embora a eutanásia seja vedada nos EUA, o suicídio assistido² é legalizado em vários estados norte-americanos de acordo com a linha histórica apresentada por Castro et al (2016).³ Destaca-se que a lei holandesa exige que a prática da eutanásia seja concedida pelo médico, a pedido expresso do paciente que possuiu uma doença incurável e está em estado terminal e em sofrimento.

Embora a eutanásia continue a ser um assunto polêmico em todo o mundo, tem ocorrido um aumento significativo no número de países que legalizaram a prática nos últimos anos, como a Nova Zelândia, que em 2021 aprovou a medida por meio da “Lei de Escolha do Fim da Vida”; a Espanha, a Austrália, (EL PAÍS. 2021. s,p); e Portugal em 16 de maio de 2023, (DIÁRIO DE NOTÍCIAS. 2023. s,p). Em que pesem os avanços da discussão em parte do mundo, no Brasil a eutanásia ainda é criminalizada.

Segundo Barbosa e Losurdo (2018, p.165), o atual código penal brasileiro “não tipifica a prática da eutanásia, alocando a conduta no art. 121, §1º, homicídio privilegiado”. Embora em demais países o debate já tenha avançado, no que tange ao Brasil ele não atinge evidências de um diálogo passível de descriminalização, a “morte piedosa” começa a ser tratada pelas legislações e jurisprudência estrangeiras sem que o debate atinja maior destaque nos âmbitos legislativo e judiciário. Os autores ainda apontam que, por a eutanásia ser compreendida como omissão ou comissão de cuidados que cessam a vida, confere-se o *status* dessa como sagrada – sacralidade da vida – devido às significações eugenistas do termo no percurso histórico mundial;

¹ O “*Aktion T4*” programa de assassinato sistemático de pacientes com deficiências mentais e físicas vivendo em ambientes institucionais na Alemanha, foi uma dentre muitas medidas eugenistas radicais que buscavam restaurar a “integridade racial da nação alemã”. Os eugenistas e seus apoiadores consideravam que algumas vidas não mereciam ser vividas, pois indivíduos com deficiências psiquiátricas, neurológicas ou físicas (severas), representavam um fardo genético e financeiro para a sociedade e para o Estado alemão (ENCICLOPÉDIA DO HOLOCAUSTO, 2023, s.p).

² “No suicídio assistido o paciente, de forma intencional e com ajuda de terceiros, põe fim à própria vida, ingerindo ou autoadministrando medicamentos letais; na eutanásia ativa, uma terceira pessoa, a pedido do paciente, administra-lhe agente letal, com a intenção de abreviar a vida e acabar com o sofrimento” (BRANDALISE; REMOR; CARVALHO; & BONAMIGO, 2018, p.218).

³ “O primeiro estado a legalizar o suicídio assistido foi Oregon, em 27 de outubro de 1997, com a aprovação do “Ato de morte com dignidade”; Em março de 2009, o estado de Washington aprovou seu “Ato de morte com dignidade; No estado de Montana, a Suprema Corte decretou, em 31 de dezembro de 2009, que o suicídio assistido não era ilegal; Em Vermont o suicídio assistido foi legalizado em 20 de maio de 2013 e No dia 5 de outubro de 2015, Jerry Brown, governador da Califórnia, assinou o Projeto de Lei 15, também chamado de “Ato de opção do fim da vida” (End of Life Option Act), permitindo o suicídio assistido.” (CASTRO; ANTUNES; MARCON; ANDRADE; RÜCKL & ANDRADE 2016, p. 359).

tais aspectos representam obstáculos na legalização nos contextos contemporâneos, formando um paradoxo legal e ético.

Diante do caráter fundamental do direito à vida e preservação desta nos casos de solicitação da prática eutanásica, opõem-se não apenas a liberdade de escolha do paciente e/ou seus representantes legais, mas também a integridade física daquele que não mais suporta intervenções curativas em seu corpo, redundando primordialmente em atentado à dignidade do sujeito paciente enquanto pessoa humana (BARBOSA, G. S. D. S., & LOSURDO, F, 2018, p.165-186).

Na mesma esteira, Sá e Naves (2021, p.736) ao avaliarem a legislação vigente apontam que “os textos são claros ao referirem-se, somente, a sofrimento físico, não estando incluído, portanto, qualquer tipo de sofrimento psíquico”, ressaltam que manifestação de vontade da pessoa, “assim como sua capacidade plena são imprescindíveis à caracterização da eutanásia”.

A partir do exposto tomou-se como fio condutor a seguinte questão norteadora: O que a literatura científica aborda a respeito da boa morte/eutanásia e da corresponsabilidade terapêutica na formação médica?

E para respondê-la, traçou-se como objetivo analisar na literatura científica como a boa morte/eutanásia e a corresponsabilidade terapêutica são abordadas na formação médica.

Nesse sentido, esta pesquisa se justifica pela necessidade de subsidiar as complexas reflexões e discussões relacionadas às decisões de fim de vida, a fim de traçar uma visão geral das discussões sobre a eutanásia, corresponsabilidade terapêutica, estratégias de cuidado integral em saúde e formação médica.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Boa morte e os cuidados em fim de vida

Muitas são as discussões no processo de cuidar que envolvem situações entre vida e morte, conforto e sofrimento, entre outros. Existem diversas práticas que visam proporcionar uma "boa morte" ou uma morte digna para os pacientes. Algumas dessas práticas incluem: controle da dor e de outros sintomas, comunicação clara e honesta, respeito às reações de raiva pelo processo de finitude e impotência perante a morte que o paciente vivencia, suporte emocional, além dos cuidados espirituais deste indivíduo; essas são algumas das práticas que podem contribuir para uma "boa morte".

Menezes (2004), ao fazer um apanhado histórico sobre a morte, aponta que o resgate do conceito boa morte é recente, associado ao emergir da prática contemporânea de Cuidados Paliativos (CP)⁴, em resposta a práticas de cuidados despersonalizados que eram prestados nos hospitais aos doentes terminais; a “boa morte” centra-se na qualidade de vida, na autonomia do doente e na manutenção da identidade individual, podendo ser definida como uma morte acompanhada de dignidade e sem sofrimento.

Tais práticas de cuidados no fim de vida que visam à garantia de uma “boa morte” como apontado acima, são os princípios de atuação dos Cuidados Paliativos e da Ortotanásia. Almeida e Melo (2018) entendem a Ortotanásia como:

o processo natural de morte, após interromper tratamentos fúteis apresentando-se como uma arte do bem morrer e garantindo a dignidade, ou seja, permite que a morte seja enfrentada com mais naturalidade e a vida seja mantida apenas até a fase em que o enfermo não está sendo maleficiado (ALMEIDA & MELO, 2018, p.531)

De acordo com Sá e Naves (2021), na ortotanásia, o paciente tem preservada sua autonomia no que tange ao seu tratamento, incluindo o direito de escolher onde morrer e o alívio da dor. Destaca-se que a prática da Ortotanásia visa o não adiantamento da morte; é o não-investimento de ações obstinadas, e mesmo fúteis, que visam postergar a morte de um indivíduo cuja doença insiste em avançar acarretando a falência progressiva das funções vitais. Cuida-se,

⁴ A Organização Mundial de Saúde define cuidados paliativos como: “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e de suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais” (OMS, 2007, p.3).

neste caso, para uma progressão sem dor e a não utilização de métodos desproporcionais de prolongamento da vida. Em geral, tal prática está associada aos cuidados paliativos e aprovada no Brasil por meio da Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

A eutanásia é apontada por Pacheco (2022) como “a antecipação voluntária da morte” a fim de aliviar o sofrimento causado por uma doença incurável ou dolorosa; esta seria uma forma de evitar um sofrimento acarretado por um longo período de doença, podendo ser um procedimento voluntário ou involuntário. A eutanásia voluntária ocorre quando o doente, de forma consciente, solicita para ser morto e o procedimento é realizado pelo médico. Já a involuntária, quando o paciente se encontra incapaz de expressar seu desejo de morrer e a decisão é tomada por outrem. O suicídio assistido, por sua vez, é realizado pelo próprio paciente com a disponibilização do instrumento letal pelo médico, “destina-se a suprimir um sofrimento insuportável” (PACHECO, 2022, p. 19).

Ortotanásia e eutanásia tornam-se distintas, pois, enquanto a primeira visa o alívio da dor para que a morte siga o fluxo natural, a eutanásia objetiva promover o alívio antecipado do sofrimento no processo da doença irreversível onde já se esgotaram as práticas terapêuticas, conforme apontam Felix e outros autores (2013). Deste modo, é possível compreender que a ortotanásia promove cuidado e gerenciamento da dor ao paciente incurável.

Segundo Pessini (2007), a principal finalidade da Ortotanásia “não é promover a retardação da morte; é evitar a utilização de procedimentos que depreciem a dignidade humana na limitação da vida” o autor ainda salienta que “a caracterização como boa morte ou a arte do bem morrer é devido respeitar o bem estar global dos indivíduos, a fim de garantir a dignidade da vida e também da hora da morte”. (PESSINI 2007, p. 31).

Nesse sentido a prática da ortotanásia visa uma intervenção sobre a dor que pode ser mensurável por meio de escalas e a eutanásia relaciona-se ao sofrimento, conforme explicitado por Pessini (2016), que se estabelece a partir de significados subjetivos de dimensões cognitivas, emocionais, comportamentais, ambientais, físicas, bem como seus valores socioculturais e religiosos.

A diferença entre dor e sofrimento tem um grande significado quando temos que lidar com a dor em pacientes terminais. Um dos principais perigos em negligenciar esta distinção no contexto clínico é a tendência dos tratamentos se concentrarem somente nos sintomas físicos, como se apenas estes fossem a única fonte de angústia para o paciente. Além disso, nos permite continuar agressivamente com tratamentos médicos fúteis, na crença de que enquanto o tratamento protege os pacientes da dor física igualmente os protege de todos os outros aspectos. Em outras palavras, a distinção nos obriga a perceber que a disponibilidade de tratamento da dor em si não justifica a continuação de cuidados médicos fúteis. A continuação de tais cuidados pode simplesmente impor mais sofrimentos para o paciente terminal (PESSINI, 2016, s.p).

Embora a ortotanásia assegure ao paciente a autonomia do como deseja ser tratado, e que este tratamento seja digno, ela não o autoriza a decidir por sua morte de forma antecipada que evite o sofrimento de um adoecimento sabidamente sem fins curativos, priorizando a qualidade de vida e o protagonismo do paciente perante a morte, como contemplado na prática da eutanásia. Freitas (2012, p.95) afirma que “a eutanásia se preocupa prioritariamente com a qualidade da vida humana na sua fase final”. Desse modo “a eutanásia surgiu com o objetivo de acabar com o sofrimento físico dos pacientes terminais, [...] possibilitando uma boa morte” (DREHER, 2009, p.86).

1.2 O poder biomédico sobre a morte

Ao pensar o poder biomédico sobre a morte, considera-se o debate da biopolítica, conceito criado por Michel Foucault (2012), que analisa a forma de atuação do poder e da soberania em relação à vida e que se constitui como uma política de fazer viver e deixar morrer. Segundo o autor, o poder sobre a vida e a morte foi conferido, num primeiro momento, ao soberano e, posteriormente, ao Estado através da Medicina no campo da biopolítica. A reificação do corpo representaria uma das engrenagens desse biopoder. Silva (2013), ao pensar a eutanásia na perspectiva do biopoder e da biopolítica contemporânea, entende que ela

...se coloca sobretudo na intersecção entre a decisão soberana sobre a vida matável e a tarefa assumida de zelar pelo corpo biológico da nação, e assinala o ponto em que a biopolítica se converte necessariamente em tanatopolítica. [...] Na biopolítica moderna, soberano é aquele que decide sobre o valor ou sobre o desvalor da vida enquanto tal – neste caso, o poder médico ou o poder judiciário” (SILVA, 2013, p.359).

As teorizações propostas por Foucault sobre biopolítica e biopoder impulsionaram os estudos de Mbembe (2018) que, para além da análise da política de vida, examina a política de morte. Para esse autor, a necropolítica não se dá só por uma instrumentalização da vida, mas também pela destruição dos corpos. O autor reforça a diferenciação entre a biopolítica e a necropolítica, visto que, a partir do momento em que ela se torna uma política de morte, não se trata mais de apenas deixar morrer, mas de fazer morrer; isto se dá por meio da “instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos humanos e populações” (MBEMBE, 2018, p. 10-11).

Vilanova e demais autores (2022), ao considerarem as ações ético-políticas em cuidados paliativos sob a ótica de pensamento de Mbembe, apontam que:

as noções de necropolítica e de necropoder tratam das formas nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de “mortos-vivos” ... “Mbembe aponta que a privação das fontes de renda da população e a destruição de instituições civis locais configuram-se como matanças invisíveis, somando-se às execuções a céu aberto (VILANOVA; FRÖHLICH; KIERNIEW, 2022, p.48).

Nesse sentido, pode-se entender a *mistanásia*⁵ como forma de necropolítica, por se tratar do abandono social, econômico, sanitário, higiênico, educacional, de saúde e segurança a que se encontram submetidas grandes parcelas das populações no mundo. “A sociedade que controla como se vive passa, sistematicamente, a controlar também quem pode ser abandonado/a ‘à própria (m-s)orte’” (BENSUSAN, 2020, p. 2).

A *mistanásia* diverge do que trata a Carta Magna brasileira, que descreve a saúde como direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, além de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

As reflexões sobre a eutanásia aqui proposta não podem negligenciar os aspectos necropolíticos de exclusão e desigualdades que reduzem as chances de viver com dignidade e o morrer constitui-se numa abreviação coletiva da vida.

É claro que o grito que nasce dessa realidade, antes de ser por uma “morte digna”, é por viver com dignidade... temos por desafio uma bioética que fortaleça nosso compromisso com a promoção da saúde e com a vida digna (Pessini, 2009, p.33).

Sendo assim, repensar a autonomia do paciente e zelar pela corresponsabilidade terapêutica - uma das medidas para humanização do cuidado em saúde preconizadas pelo SUS (BRASIL, 2008) - não implica apenas em se contrapor à dimensão biopolítica do comportamento médico tradicionalmente paternalista, no qual a decisão quanto à melhor terapêutica é tomada sem a opinião/implicação do paciente. É necessário, também, pensar outros aspectos sociais envolvidos nos processos de saúde-adoecimento que abrangem a complexidade das situações de sofrimento e fim de vida. Em conjunto, todas reforçam o distanciamento no diálogo paciente/cuidador e dificultam que o sujeito possa se reconhecer como corresponsável pelo próprio tratamento.

⁵ “A palavra *mistanásia* advém do vocábulo grego *mis* (infeliz) e *thanatos* (morte), significando, portanto, uma morte infeliz. O termo é utilizado para se referir à morte de pessoas que, excluídas socialmente, acabam morrendo sem qualquer ou apenas com uma precária assistência de saúde” (LAVOR, 2019, s.p).

Tendo em vista que o caminho para a descriminalização da eutanásia abarca a articulação de diversos campos de saberes, em especial os aspectos bioéticos e jurídicos, esses devem ter como ponto norteador a primazia científica a serviço da humanidade e dignidade humana frente aos avanços tecnocientíficos na atualidade, conforme aponta Nobrega Filho:

coloca-se em xeque a questão do direito a uma morte digna, ante a possibilidade de situações em que ele pode ser ameaçado. A norma jurídica não pode desprezar a dignidade da pessoa humana. [...] A consciência jurídica atual, diante da indiferença de um mundo tecnicista e insensível, precisa ficar atenta à maior de todas as conquistas, o respeito absoluto e irrestrito pela dignidade humana, que passa a ser um compromisso inafastável e um dos desafios para o século XXI. (NOBREGA FILHO 2010, p.13-14).

Os avanços tecnológicos e médicos têm prolongado a existência das pessoas, muitas vezes sem garantir a qualidade de vida. Em muitos casos, a morte acaba sendo tratada de forma negativa e como um fracasso, o que pode levar a experiências traumáticas para o paciente terminal e sua família:

O conhecimento biológico e as destrezas tecnológicas serviram para tornar nosso morrer mais problemático [...] a medicina trabalha com vistas ao futuro, procurando promover uma vida boa, saudável, aumentar o tempo de vida e sua qualidade. A morte é admitida com relutância no âmbito da medicina, como o limite para atingir tais objetivos. É sentida como falha... (PESSINI, 2009, s.p)

Conforme apontam Cunha et al (2023), o prolongamento da vida é uma das questões importantes e complexas da bioética, que envolve dimensões éticas, sociais e culturais. Na sociedade contemporânea, a tecnologia médica permite que muitas pessoas vivam mais tempo e com mais qualidade de vida. No entanto, esse prolongamento da vida pode gerar dilemas éticos como a tomada de decisões sobre tratamentos e cuidados médicos no final da vida. A bioética busca equilibrar o princípio da beneficência (o dever de agir no melhor interesse do paciente) com o princípio da autonomia (o direito do paciente de tomar suas próprias decisões) e o princípio da justiça (o dever de distribuir os recursos de forma equitativa para todos), conceitos estes definidos por Tom Beauchamp e James Childress na obra *Principles of Biomedical Ethics*, publicada em 1979.

O prolongamento da vida pode ser realizado através de uma variedade de intervenções médicas, como tratamentos, medicamentos, cirurgias e outros procedimentos; envolve considerações sobre a qualidade de vida do paciente; do mesmo modo que pode significar mais tempo para o paciente, pode também significar uma vida com dor, sofrimento e pouca ou nenhuma melhoria na qualidade de vida, conforme aponta Kovács, 2003:

Quando se leva em conta apenas a sacralidade, o que importa é a vida, sem entrar no mérito de sua qualidade. Quando a discussão envolve a qualidade do viver, então, não são somente os parâmetros vitais que estão em jogo, mas sim que não haja sofrimento.

O que é fundamental não é a extensão da vida e sim sua qualidade. Na verdade, estas dimensões não são mutuamente exclusivas e contrárias, porém, complementares (KOVÁCS, 2003, p.119).

1.3 Corresponsabilidade terapêutica e o empoderamento dos usuários

Ao pensar o fim de vida associada à promoção de cuidado em saúde, é importante analisar alguns aspectos no percurso do adoecer concernentes à perda de autonomia no processo decisório quanto aos cuidados a serem recebidos.

A vivência no acompanhamento de pacientes em estágio avançado de doenças neurodegenerativas, de quadro irreversível e acelerada progressão clínica - caracterizado por incontáveis perdas físicas, cognitivas e psíquicas – revela a importância do diálogo multiprofissional planejado/horizontalizado, que visa a integralidade no cuidado ofertado, humanização de assistência em saúde, somado à produção de sujeitos empoderados, autônomos e corresponsáveis por seu tratamento. Faria (2021) aponta que:

O “empowerment” dos cidadãos e o reforço da sua autonomia são dois dos propósitos mais relevantes do modelo de prestação de cuidados atual. Com a emergência do Método Clínico centrado no Paciente, a postura paternalista dos médicos converteu-se numa relação de igualdade, permitindo uma transferência de responsabilidades entre ambas as partes, de forma que o diagnóstico e o tratamento resultam de uma negociação entre médico e paciente (FARIA, 2021, p31).

A autonomia é entendida por Minahim (2020) como a capacidade de conduzir a própria vida e dirigir-se livremente por caminhos independentes no decorrer da existência, assim sendo, “respeitar a autonomia implica necessariamente o reconhecimento recíproco da capacidade que todo o indivíduo possui para tomar as suas próprias decisões com base em aspectos culturais, valores e crenças pessoais” (MATTOS, RAMOS, VELOSO 2015, p. 38 apud BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

É “imprescindível o reconhecimento por parte da equipe do poder das pessoas para interferirem na relação com a sua própria vida e o adoecimento” (SCHIMITH MD, 2011 et al p.493). De modo geral, as enfermidades que esgotam os recursos terapêuticos curativos e o sujeito caminha para o prognóstico de fim de vida/ terminalidade. Moreira (2020) descreve a terminalidade da vida:

Terminalidade diz respeito ao paciente portador de doença terminal, assim compreendido como aquele que se encontra em fase de fim de vida, podendo o quadro clínico ser determinado apenas de forma casuística, mas cujo denominador comum é o

acometimento de doença que não responde a nenhum tratamento conhecido e tem o resultado morte como fator inevitável independente de qualquer que seja esforço empregado (MOREIRA, 2020, p.19)

Sabe-se que o adoecimento e todo o processo de hospitalização - principalmente os que culminam em um prognóstico de doença irreversível e sem possibilidade terapêutica de cura - são caracterizados por um percurso de incapacitação subjetiva no qual o sujeito adoecido perde aos poucos a autonomia de seu corpo, necessitando de cuidados que, por si só, o indivíduo não é mais capaz de suprir; do mesmo modo, seu poder decisório também lhe é suprimido, passando ao domínio coletivo de familiares, rede de apoio e equipe de saúde. Tal processo de incapacitação subjetiva é descrito por Maranhão (1996) como a "coisificação do homem", tendo por objetivo a negação da "experiência da morte e do morrer" (p. 19).

Horizontalizar o debate acerca do fim da vida, pensando o que ocorre no percurso entre o adoecimento do indivíduo e sua destituição de poder no processo decisório sobre cuidado de seu corpo e gestão do sofrimento, implica pensar a educação e formação em saúde em relação a temas como o fim de vida, dignidade humana e o princípio bioética da autonomia e dignidade humana. Sá & Naves (2021, p. 95) definem o princípio da autonomia como “o reconhecimento de que a pessoa possui capacidade para se autogovernar. Assim, de modo livre e sem influências externas, preceitua-se o respeito pela capacidade de decisão e ação do ser humano”.

No que se refere à dignidade humana, Sarlet (2015, p.73) a define como:

[...]a qualidade própria e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da sociedade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos (o homem tem direito a ter direitos) e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de modo degradante e desumano, como venham a lhe garantir uma existência digna – de humanidade – das mínimas condições existenciais para uma vida saudável (saúde, previdência, assistência, moradia, educação, etc.), além de lhe propiciar e promover a sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.

Compreender a morte como um direito de escolha do indivíduo perpassa temas como concepção de cura e cuidado, limites da medicina, relação entre ética e direito, sentido do corpo humano, relação entre ética e o prolongamento da vida, dentre outros. O direito à boa morte não significa que o paciente deve ser encorajado a morrer ou que a vida deva ser desvalorizada, pelo contrário, ele reconhece que a morte é um processo natural e inevitável e que é importante garantir que esse processo seja realizado com dignidade e respeito pelos desejos do paciente. Isso pode incluir a decisão do paciente de recusar tratamentos médicos que apenas prolongariam sua vida sem melhorar sua qualidade de vida, ou de optar por cuidados paliativos para aliviar a

dor e o sofrimento, o paciente que opta pela boa morte/eutanásia o faz, sim, pela morte digna, buscando respeito pela sua decisão e esperando encontrar conforto e segurança, tanto na equipe médica como na sociedade (BERTÉ, 2016, p.132).

Cunha (2014, p. 131) salienta que a vida deve ser vivida com dignidade, e sendo a morte o evento último dessa, cabe ao indivíduo o “direito “à morte, se essa for a vontade daquele que já não considera digno o seu viver, já que o importe maior é o da qualidade e não o da quantidade de vida”.

Nessa esteira, evidencia-se a necessidade do debate sobre questões morais e éticas na formação de profissionais de saúde no que tange ao controle dos corpos, à impotência frente à morte, à destituição da autonomia do paciente, aos aspectos jurídicos e à influência de percepções filosóficas, religiosas e do senso comum em face ao diagnóstico não favorável da doença e de não continuidade da vida.

Observe-se que a vida é renunciável e cabe ao sujeito detentor do direito decidir em continuar o curso natural da morte ou permitir a obstinação terapêutica, o que não vem sendo aplicado nos hospitais do país, posto que, temendo imputação penal caso não insistam no tratamento de paciente terminal, os médicos, inclusive contra a vontade do sujeito, insistem em tratá-lo. (BARBOSA, G. S. D. S., & LOSURDO, F, 2018, p. 165-186).

1.4 Quem tem o poder de definir o que é qualidade de vida?

Entendendo que a morte faz parte do percurso da vida e que o indivíduo pode decidir sobre seu corpo, a bioética é o ramo da ética que enfoca questões relativas à vida, dentre elas o processo de morrer com dignidade, respeitando-se o princípio da autonomia do paciente nos cuidados de saúde. Nesse sentido, torna-se pertinente a indagação proposta por Sá e Naves (2021, p.740) “por que não poder escolher a forma como se quer morrer? Se a vida lhe pertence, por que não há de lhe pertencer sua morte, já que esta é integrante daquela?”.

Dessa forma, é importante considerar um modelo participativo no qual o médico informa, orienta e aconselha o paciente, através do encorajamento à tomada de decisões conscientes e livremente esclarecidas – modelo esse que requer o envolvimento tanto do médico quanto do paciente, ambos atuando como agentes ativos em todo o processo de cuidado, “as pessoas competentes possuem o direito de buscar a realização de uma vida boa e plena no seu ponto de vista, bem como uma boa morte, pois possuem liberdade de morrer” o autor destaca que “a

capacidade de decidir do sujeito infere na detenção das informações necessárias para uma escolha esclarecida” (CUNHA et al 2023, p.5).

Na tentativa de realocar a pessoa como protagonista no cerne da questão decisória sobre seu fim de vida, o Testamento Vital (TV), conforme aponta Araújo et al (2022, p.2), “é um ato de legitimar a autonomia e as experiências de vida” sendo a “forma mais incontestável de dialogar com a vontade a pessoa, considerando a hipótese de doenças que afetem o seu poder cognitivo”. O Testamento Vital, e também as Diretivas Antecipadas de Vontade, podem ser definidos como:

Art. 1º [...] conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade (CFM Nº 1.995, Seção 1, p.269-270).

Desse modo entende-se que o Testamento Vital, visa garantir a livre expressão da autonomia e a dignidade humana, podendo o indivíduo expressar-se livremente de sua vontade relativamente às situações de enfermidade e recurso terapêuticos “mesmo que não haja prognóstico médico” (ARAÚJO ET AL, 2022, p.2). Contudo, ainda apontam os autores, até o momento não há previsão legal expressa do Testamento Vital no ordenamento jurídico brasileiro, embora o Conselho Federal de Medicina (CFM) preveja a atuação médica de acordo com o documento deixado pelo paciente.

O direito à boa morte/eutanásia deve levar em consideração os aspectos legais e éticos envolvidos na tomada de decisões sobre cuidados de fim de vida. Isso pode incluir a necessidade de um testamento vital ou procuração de cuidados de saúde que permitam ao paciente deixar instruções claras sobre suas preferências de tratamento em caso de incapacidade, ou a consideração da autonomia do paciente em relação a decisões de fim de vida (FREITAS, 2012).

Torna-se indissociável, para o diálogo que busque a descriminalização da boa morte/eutanásia, pensar no exercício da autonomia do paciente sobre seu processo de fim de vida apartado do princípio de dignidade humana, pois do contrário, “impor a alguém a obrigação de prolongamento da própria vida, quando não o deseja e se encontra em estado de terminalidade e sofrimento, implica em tratamento desumano e degradante, hipótese expressamente vedada pelo texto constitucional (art. 5º, III)” (SÁ & NAVES, 2021, p.741).

Messetti (2018, p.283) aponta que a dignidade humana é “a base de todos os direitos,

como liberdade, igualdade, justiça e paz no mundo”. No Brasil, a dignidade humana foi considerada um pilar fundamental da ordem constitucional pós-1988 do país, é um conceito fundamental da ética, que se refere ao valor intrínseco e inerente que toda pessoa possui simplesmente por ser um ser humano, reconhece a importância e a igualdade de todas as pessoas, independentemente de suas diferenças. Segundo esse autor, todas as pessoas possuem direitos fundamentais e devem ser tratadas com respeito, justiça e igualdade, independentemente de sua posição social, econômica ou política.

A dignidade humana é um bem inalienável, que não pode ser retirado ou negado a uma pessoa, mesmo que essa pessoa tenha cometido erros ou transgredido normas sociais. A bioética visa que todas as decisões e intervenções médicas sejam realizadas com base na motivação e no respeito à pessoa humana, garantindo assim que os direitos fundamentais de cada pessoa sejam protegidos.

Não é digno sofrer sem a possibilidade de cura sabendo da existência da opção de se encerrar a vida de uma maneira indolor e instantânea. O sofrimento deve ser evitado a todo custo, levando em conta a autonomia do paciente, inclusive a chance de desistir anteriormente do procedimento, assim, o médico não deve exercer qualquer influência no poder de decisão do indivíduo (ZULN, 2020, s.p).

Compreende-se que o princípio da autodeterminação, conjuntamente com outros princípios análogos que guiam a manifestação da vontade do paciente, é crucial para que a eutanásia seja uma prática legalizada no Brasil, a fim de impedir que uma pessoa que sofra de doença degenerativa tenha que se submeter a uma vida penosa e desgastante, carregando para si não só a doença física, mas a dura carga mental de não ter seu direito e desejo à morte assegurados.

A ação corresponsabilizada – sendo o paciente o protagonista do processo decisório – adquire maior complexidade quando implica o fim de vida. A morte, embora sendo parte do processo de desenvolvimento humano e parte do nosso cotidiano, ainda é um tema mistificado e pouco abordado como uma possibilidade decisória, seja devido a questões éticas, culturais ou morais, seja por estarmos adentrando em temas contemporâneos da ciência no campo da bioética. De acordo com Sá e Naves (2021), a bioética “surge como corolário do conhecimento biológico, buscando o conhecimento a partir do sistema de valores” e muito embora se refira aos problemas éticos é “mister ressaltar que referida ciência tem, entre suas preocupações principais, a questão da autonomia do paciente” (SÁ, NAVES 2021, p.47).

A bioética tem como princípios básicos a justiça, a autonomia, a beneficência e a não-maleficência; assim sendo, seu papel é realocar o paciente dentro de um contexto

coparticipativo “através de um diálogo transdisciplinar, transprofissional e transcultural, tendo, por finalidade, o resgate da dignidade da pessoa humana, com ênfase na qualidade de vida” (BARCHIFONTAINE CP, 2007, p.70).

A qualidade de vida (QV) pode ser definida como “conceito baseado na percepção subjetiva do paciente, na qual intervêm fatores ‘não clínicos’ como família, amigos, crenças religiosas, trabalho, renda e outras circunstâncias de vida”, envolve a percepção que o indivíduo possui de sua posição na vida; deste modo, salienta-se que, no conceito de autonomia, entende-se qualidade de vida como sendo algo intrínseco, portanto, somente sendo passível de avaliação pelo próprio sujeito, mediante a realidade de cada um. Entende-se ainda que a QV é um conceito mutável, “inclui interações contínuas entre o paciente e o seu ambiente”, essas interações são determinadas por fatores orgânicos, psicológicos, sociais e familiares, “o bem-estar físico, mental e social não dependerá exclusivamente de tal interação e incluirá a avaliação geral da vida do paciente” (RUIDIAZ-GÓMEZ et al, 2021. p. 88;93). Os autores ressaltam ainda que o princípio da qualidade de vida reconhece que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas também a presença de bem-estar físico, psicológico e social. Eles enfatizam a importância de abordar a saúde considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da vida humana. Isso significa que a qualidade de vida deve ser avaliada não apenas com base em indicadores médicos, mas também com base na percepção do próprio indivíduo sobre sua vida (RUIDIAZ-GÓMEZ et al, 2021).

Na prática, o princípio da qualidade de vida pode ser aplicado em várias situações, incluindo a tomada de decisões relacionadas a tratamentos médicos, cuidados paliativos, políticas de saúde pública, questões ambientais e direitos humanos. Ele exige que as decisões sejam tomadas com base em uma compreensão abrangente da vida humana e em uma perspectiva que valorize a importância e o bem-estar dos indivíduos e comunidades.

Evidencia-se que analisar a eutanásia em tempos de necropolítica, necessita-se ter como pano de fundo os princípios como dignidade, autonomia e qualidade de vida permite a horizontalização do debate acerca da descriminalização da eutanásia, bem como o aprimoramento dos estudos científicos sobre fim da vida, tanatologia⁶ e cuidados paliativos.

⁶ “A tanatologia é uma área de estudo recente e pode ser definida de forma sintetizada como o estudo da morte, segundo o dicionário Houaiss, a tanatologia é estabelecida como a “Teoria ou estudo científico sobre a morte, suas causas e fenômenos a ela ligados”” (Zonta et al 2022, p.1).

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, de caráter qualitativo e descritivo, centrada nos temas da eutanásia, corresponsabilidade terapêutica, estratégias de cuidado integral em saúde e formação médica. Optou-se por tal metodologia no intuito de reunir conhecimentos sobre o assunto proposto, de modo a fundamentar o estudo.

A revisão integrativa atende tal perspectiva desejada por tratar-se de um método específico, que resume a literatura empírica, ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um determinado fenômeno e assim instigar pesquisadores a melhorar as bases de dados científicos (Botelho et al., 2011). Em linhas gerais a investigação bibliográfica é definida por Boni e Quarema (2005, p.71) como um “apanhado sobre os principais trabalhos científicos já realizados sobre o tema escolhido e que são revestidos de importância por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes”.

A revisão integrativa é apontada por Souza e outros autores (2010) como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, por tratar-se de uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento sobre um tópico, ajudando nas fundações de um estudo significativo fundamentando-se em conhecimento científico. Fornece uma ampla amostra, gera um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a pesquisa.

A revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, pois, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente. Pontua-se, então, que o impacto da utilização da revisão integrativa se dá não somente pelo desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, mas também no pensamento crítico que a prática diária necessita. (SOUZA et al, 2010, p.104).

Salienta-se ainda que, a utilização da revisão integrativa objetiva não somente o desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, mas também do pensamento crítico que determinado assunto requer, como no caso da pesquisa aqui proposta (SOUZA, 2010).

Esta pesquisa, foi conduzida tendo por base o fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), que é a declaração de diretrizes que fornece um conjunto de itens essenciais para a elaboração de relatórios claros e transparentes de revisões sistemáticas e meta-análises que tem como objetivo melhorar a qualidade da apresentação de revisões sistemáticas na literatura científica, tornando os relatórios mais compreensíveis e

completos. Segundo Page e outros autores (2022), apesar do método ter sido orientado especificamente para revisões sistemáticas, também se têm utilizado o fluxograma PRISMA, seja uma versão adaptada ou original, na revisão integrativa da literatura.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram percorridas as seis etapas do processo da revisão integrativa, sendo elas: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados para critérios de inclusão e exclusão, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. A questão norteadora da investigação foi formulada seguindo o planejamento estratégico de busca, sob os critérios da ferramenta de pesquisa: PCC (Problema, Conceito e Contexto), onde o Problema diz respeito a eutanásia, o Conceito a integralidade em saúde, reportando-se o Contexto na educação médica.

Quadro 1 – Problema, Conceito e Contexto de pesquisa

Problema(P):	Eutanásia
Conceito (C):	Integralidade em saúde.
Contexto (C):	Educação médica

Fonte: A autora, 2024.

A revisão foi conduzida a partir da seguinte pergunta norteadora: O que a produção na literatura científica aborda a respeito da boa morte/eutanásia e da corresponsabilidade terapêutica na formação médica?

Para o levantamento dos artigos e o desenvolvimento da revisão integrativa foram realizadas buscas eletrônicas em quatro plataformas: PubMed, Portal BVS, Google Scholar e Scielo. A fim de complementar a pesquisa consultou-se, ainda, outras dissertações e obras literárias cujo tema central se considerou relevante para o trabalho. A busca nas bibliotecas virtuais deu-se por meio dos seguintes descritores: eutanásia, integralidade em saúde e educação médica. Os descritores, ou palavras-chave, foram escolhidos com base em consulta ao Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). As estratégias de pesquisa utilizadas encontram-se apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Estratégias de pesquisa por base de dados aplicada no dia 20 de dezembro de 2023.

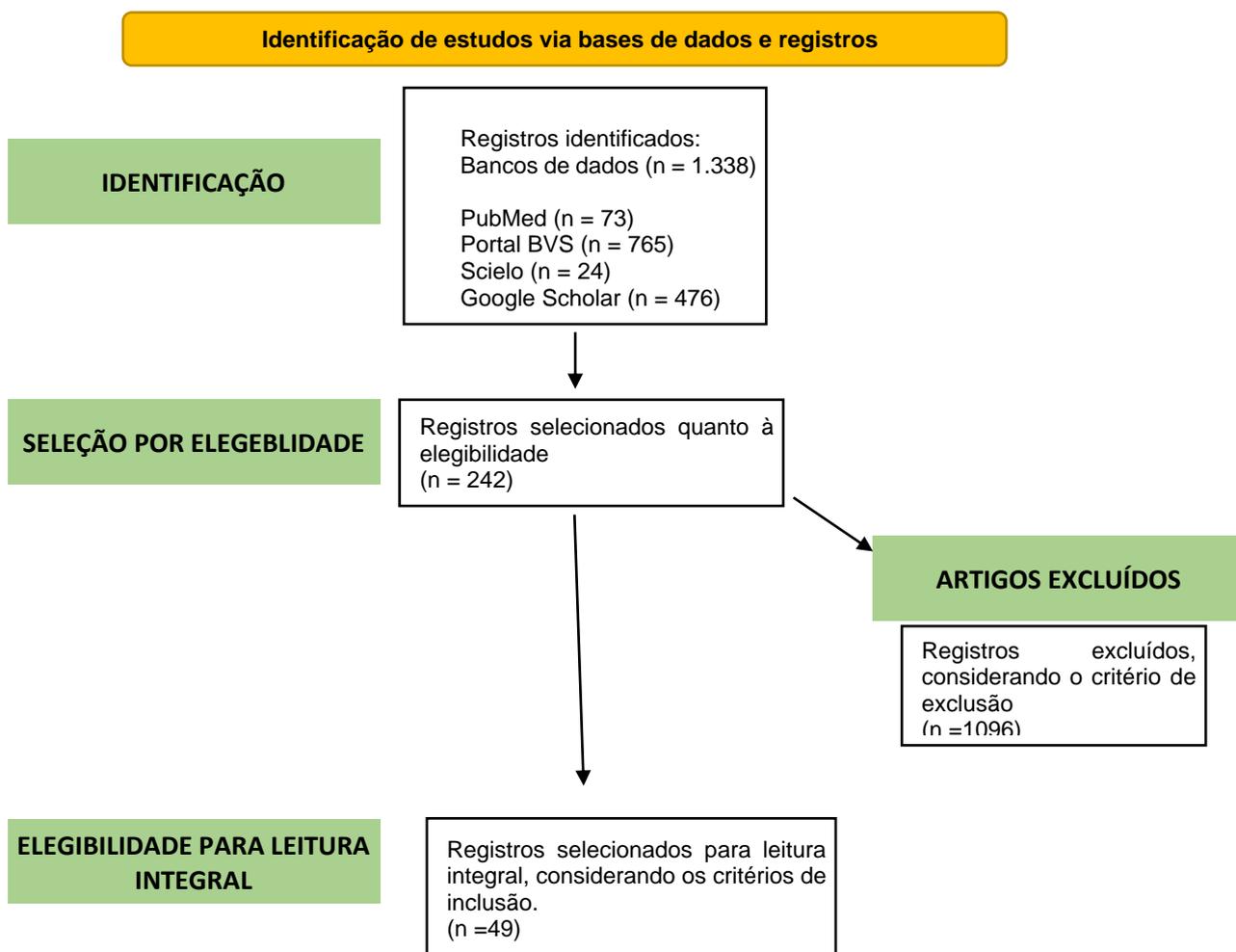
Base de Dados	Fórmula de Pesquisa	Resultados
PubMed	Eutanásia AND Integralidade em Saúde AND Educação Médica	73
Portal BVS	Eutanásia AND Integralidade em Saúde AND Educação Médica	756
Scielo	Eutanásia AND Integralidade em Saúde AND Educação Médica	24
Google Scholar	Eutanásia AND Integralidade em Saúde AND Educação Médica	476
Total de Estudos Encontrados		1.338

Fonte: A autora, 2024.

Concretizada a pesquisa, todos os estudos identificados foram analisados a fim de avaliar a sua elegibilidade, a seleção primária dos estudos realizou-se através dos títulos e resumos e totalizou 1.338 artigos. Os critérios para inclusão na análise foram definidos do seguinte modo: publicação dentro do contexto da questão norteadora deste artigo; textos completos e de livre acesso; literaturas científicas em português e espanhol; documentos publicados nos últimos 5 anos, sendo estes, entre os anos 2019 e 2023; a escolha que motivou o referido intervalo de tempo da pesquisa deveu-se à realização de uma pesquisa a mais atualizada possível. Como critério de exclusão utilizou-se: publicações fora do contexto deste trabalho, apesar de apresentar os descritores selecionados, mas que não abordavam diretamente a temática proposta, como artigos que falavam sobre a eutanásia em animais não humanos ou no âmbito estritamente jurídico; editoriais; cartas; notas metodológicas; artigos em duplicidade; publicados em idiomas outros que não português ou espanhol; que antecedessem ao ano de 2019 e artigos pagos.

A coleta dos dados foi realizada no mês de dezembro de 2023 e foram encontrados 1338 artigos, sendo 242 títulos correspondentes ao critério de elegibilidade; após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão supracitados foram inclusos 49 artigos para a leitura integral dos estudos que preencheram os critérios para análise e foram selecionados para compor o processo de análise e síntese dos resultados apresentados no fluxograma a seguir.

Figura 1- Fluxograma do processo de seleção e inclusão dos estudos



Fonte: A autora, 2024.

Para viabilizar a apreensão das informações os dados obtidos foram agrupados e apresentados em quadros contendo os seguintes itens: título do artigo/ anos, objetivos e conclusão, visando a uma melhor visualização dos estudos inseridos na revisão integrativa. Desse agrupamento, emergiram três categorias temáticas que serão abordados na apresentação desta revisão, a saber: Eutanásia; Integralidade em Saúde e Educação Médica.

3 RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram organizados e serão expostos por categorias nos quadros correspondentes, incluindo os seguintes elementos: título do artigo/ano, objetivos e conclusão para sintetizar o conhecimento abordado na literatura. As categorias relevantes são as seguintes: Eutanásia (Quadro 2); Integralidade em Saúde (Quadro 3); Educação Médica (Quadro 4).

Quadro 2 – Distribuição dos artigos da categoria Eutanásia, segundo título/ano, objetivos e conclusões das publicações selecionadas por estudo.

Título do Artigo e Ano	Objetivo	Conclusão
(1) Eutanásia: autonomia de vontade e a dignidade de viver para morrer. (2020)	Aborda o conceito de eutanásia, autonomia, ética médica e aceitação perante a morte.	A autora conclui que se deve investir e capacitar o cidadão para debater e opinar sobre os temas, visto que atualmente tem-se a dificuldade extrema de expressar o que pensa e pôr em prática suas decisões.
(2) A Eutanásia em Face da Dignidade da Pessoa Humana. (2020)	Analisar de forma crítica a eutanásia, bem como as posições favoráveis e divergentes existentes em face da dignidade da pessoa humana.	Delimita o conceito de dignidade humana e eutanásia, concluindo que a discussão sobre o direito de morrer ainda é muito polêmica não só no Brasil. A posição da maioria dos autores pesquisados é no sentido da existência do direito à morte digna e, conseqüentemente, da sua prevalência quando em situação de colisão com a preservação da vida exclusivamente quantitativa.
(3) A eutanásia enquanto problema ético e a questão filosófica da morte. (2022)	Explora as divergências, polêmicas, controvérsias e impasses que a questão da eutanásia suscita a fim de demonstrar que, seu caráter inter, multi e transdisciplinar, o tratamento do problema que a filosofia oferece se revela incontornável e de fundamental importância ao enfrentamento da questão.	A autora aborda a temática da eutanásia sob a ótica de defensores e críticos, bem como sob a luz da bioética e os princípios de beneficência e não maleficência, justiça, autonomia e dignidade e conclui que a eutanásia não pode estar dissociada do tema do sofrimento humano e, mais ainda, da prerrogativa do sujeito de exercer a sua liberdade sob a forma de autonomia da vontade. Aponta que a prática da eutanásia não deve ser situada na esfera do dever, mas da possibilidade e da escolha.
(4) Eutanásia: direito à vida versus direito à dignidade da pessoa humana no contexto dos pacientes terminais. (2021)	Analisar a adequação constitucional, qual direito irá prevalecer e as controvérsias existentes, tendo em vista o cenário Brasileiro e a carência existente em relação ao direito.	A autora conclui que deve ser feita uma análise, restabelecendo o vínculo entre a realidade do fato (a prática da eutanásia) e o direito.
(5) Eutanasia y Psicología. Algunas claves para la intervención en Procesos Adelantados de Muerte. (2022)	Avaliar os países que optaram por regulamentar os Processos Avançados de Morte (PAM) e levantar as diferenças que atualmente se contrastam e propor quais as opções de intervenção psicológica que estão à nossa disposição para apoiar estas	O objetivo final do atendimento psicológico no PAM teria que ser o mesmo dos demais processos de morte: proporcionar um ambiente no qual a pessoa possa tomar decisões com base em seus valores e biografia, garantir que seu ambiente cumpra sua vontade e coloque à sua disposição as ferramentas necessárias para que possa fazer as despedidas que pensa fazer, resolver as questões

	<p>peças, os seus cuidadores e as equipes de saúde que as assistem.</p>	<p>que entende pendentes e acompanhá-lo naquilo que cada um entende por sua “boa morte”.</p>
<p>(6) Aspectos Essenciais para uma Abordagem Bioética da Eutanásia. (2021)</p>	<p>Descrever alguns aspectos históricos, jurídicos e conceituais essenciais relacionados à eutanásia, como possíveis aristas a considerar para sua abordagem bioética.</p>	<p>O estudo dos diferentes aspectos da eutanásia é fundamental para realizar uma análise adequada no enfoque bioético da mesma e ele pode contribuir para ser mais consequentes no momento de fazer cumprir uma morte digna para o paciente em estado avançado de sua enfermidade</p>
<p>(7) Considerações bioéticas sobre os modelos de assistência no fim da vida. (2021).</p>	<p>Discuti os campos assistenciais institucionalizados nas sociedades contemporâneas para cuidados no fim da vida e seus respectivos modelos de morte: a eutanásia/suicídio assistido; a futilidade médica; e a kalotanásia.</p>	<p>Conclui que o avanço concreto na organização desses modelos de morte em nossa realidade deverá incluir a revisão conceitual e o debate sobre o entendimento contemporâneo da eutanásia e do suicídio assistido, bem como de seus desdobramentos. Igualmente, é necessário que haja efetiva política nacional que alicerce a prática dos CP, fundamentada em um modelo de boa morte que se propõe acolher incondicionalmente o paciente.</p>
<p>(8) Revisão bibliográfica da literatura: “eutanásia, ortotanásia e distanásia”. (2022)</p>	<p>Caracteriza a produção científica a respeito da eutanásia, distanásia, ortotanásia, e cuidados paliativos.</p>	<p>Frisa a importância de continuar o debate sobre questões de terminalidade de vida.</p>
<p>(9) A eutanásia no Brasil e em Portugal sob a perspectiva utilitarista e constitucional. (2020)</p>	<p>Objetiva estudar normativamente, filosoficamente e contextualmente a prática da eutanásia no Brasil e em Portugal, bem como nos países em que essa ferramenta foi devidamente permitida. Analisando os motivos pelos quais, em situações extremas de dor e sofrimento, a eutanásia deve ser uma prática viável para quem deseja ter uma morte leve, sem sofrimento físico e psíquico.</p>	<p>Conclui que tanto o ordenamento jurídico brasileiro quanto o português, preservam o princípio do direito à vida como um dos pilares de suas Magnas Cartas e a criminalização da prática da eutanásia se justificaria em decorrência da supremacia desse princípio. Tal interpretação pode ser facilmente feita a partir de uma visão utilitarista dos direitos fundamentais. Aponta que não reconhecer o direito da pessoa de dispor sobre os rumos da sua vida e do seu próprio corpo, quando constatada a aproximação de sua morte, especialmente quando em condições de agravo da sua condição de dignidade, é se omitir diante do sofrimento humano durante a fase mais difícil da sua vida.</p>
<p>(10) Direito a escolher morrer versus direito à vida: reflexões sobre a eutanásia. (2020)</p>	<p>Aborda a eutanásia sob o aspecto jurídico, moral e ético, e como o conceito da eutanásia, é entendida no mundo e a legislação Brasileira sobre o assunto.</p>	<p>Os autores concluem que a legislação brasileira se posiciona de maneira muito tímida a respeito da morte e de morrer com dignidade. Aponta que independentemente de ser garantido pela legislação em vigor ou de ser apoiado pelos religiosos, cabe a cada indivíduo a escolha de seu fim de vida. Afirma a necessidade de discussão em especial no que diz respeito à garantia dos direitos constitucionais do indivíduo em poder escolher o que acredita ser o melhor.</p>

<p>(11) Questões éticas no fim de vida: eutanásia-autonomia e os seus limites no fim de vida. (2021)</p>	<p>Análise das questões éticas que a Eutanásia, no âmbito dos cuidados em fim de vida. Realiza uma análise, do ponto de vista bioético, abordando as éticas deontológica e consequencialista, procurando contemplar as posições favoráveis e opostas à prática da Eutanásia.</p>	<p>O autor aponta que a eutanásia é apresentada pelos seus defensores como uma forma de garantir uma morte boa e digna, e para os opositores que induzir a morte é uma forma perversa de tentar mostrar compaixão por um paciente. Defende que para o debate em torno destas questões ser produtivo do ponto de vista ético e legal, informação lícita e fundamentada em premissas científicas deverá ser compartilhada com a população de modo a promover o “empowerment” dos cidadãos.</p>
<p>(12) A perspectiva da inclusão da eutanásia como excludente de ilicitude em casos de doenças degenerativas sem possibilidade de cura ou terapia, com redução da dignidade do paciente. (2020)</p>	<p>Análise a possibilidade de inclusão do suicídio assistido no rol de excludente de ilicitude do artigo 122 do Código Penal, nos casos de doenças incuráveis e/ou com terapias que possam gerar a degradação da dignidade humana ou não propiciar perspectiva de sobrevivência adequada ao paciente.</p>	<p>A autora conclui que a ausência de legislação específica para a eutanásia certamente piora a condição psíquica do paciente. Aponta que poder escolher morrer com dignidade traria alívio. Salienta que a falta de previsão legal para a eutanásia atormenta também os profissionais de saúde, que cientes de todos os seus esforços não chegarão ao resultado esperado: a cura. Faz um apelo de urgência acerca da legislação voltada para a terminalidade da vida.</p>
<p>(13) A insustentável certeza da morte: a eutanásia e o sofrimento invisível. (2020)</p>	<p>Análise o direito à morte digna como parte do rol dos direitos fundamentais do indivíduo, estrutura basilar do direito à autonomia e da dignidade da pessoa humana – princípio máximo de qualquer ordenamento jurídico válido</p>	<p>Conclui que, se for da vontade livre e consciente do paciente, dotado de todas as informações médicas sobre sua condição de saúde, a eutanásia representa a autonomia e a compaixão, devendo ser uma possibilidade tanto às doenças físicas como emocionais, cabendo-lhe legislação precisa e pormenorizada.</p>
<p>(14) Os limites entre a defesa do direito à vida e à morte: uma análise atual da eutanásia no Brasil. (2019)</p>	<p>Se propõe a refletir a situação de pacientes terminais, com doenças incuráveis ou em estado vegetativo no processo de escolha dos limites do prolongamento da vida.</p>	<p>Os autores salientam que assegurar a vida a qualquer custo, sem o devido respeito ao que é considerado “digno” é desrespeitar e sentenciar o ser humano. Prolongar a vida em casos especialíssimos, como em doentes terminais pode até ser considerado tortura, pois através do flagrante desrespeito à autonomia da vontade e à liberdade, permite-se a manutenção do sofrimento frente a uma situação irreversível.</p>
<p>(15) Eutanásia e Dignidade da Pessoa Humana: aspectos ético-jurídicos que impossibilitam a prática no Brasil. (2023)</p>	<p>Aborda a relação entre o princípio basilar dignidade e o direito à eutanásia. Tece algumas reflexões acerca da interferência estatal nessa matéria.</p>	<p>As autoras apontam, a notória “confusão” no tocante ao bem jurídico que a dignidade da pessoa humana resguarda no contexto da eutanásia. Salientam que, a eutanásia estaria longe de ser um tratamento degradante e o princípio basilar não se limitaria a proteção indistinta à vida.</p>
<p>(16) Eutanásia e Morte digna. (2020)</p>	<p>Análise a respeito da Eutanásia e morte digna, abordando as suas complexidades e promover a compreensão de tal procedimento.</p>	<p>Conclui-se que a dignidade da pessoa humana deve ser respeitada e compreendida, o indivíduo possui o direito de não sofrer com enfermidades e morrer de forma tranquila. Aponta que é essencial uma análise Bioética principialista perante à eutanásia, essencialmente explorando progressos da medicina, do mesmo modo que a sua preponderância em relação à sociedade.</p>

(17) A eutanásia e suas razões. O que nos faz pensar. (2019)	Se propõe a analisar as principais razões contrárias à prática da eutanásia.	O autor conclui que o debate sobre a eutanásia é rico e complexo, a ilegalidade desta prática em diversas sociedades contemporâneas, ainda tem por base, como fatores principais, a doutrina da sacralidade da vida e a morte como um tabu. Afirma que trata-se de uma sustentação um tanto quanto pobre, sobretudo se pensarmos que tal proibição afeta um grande número de pessoas, muitas vezes em um estado de sofrimento extremo.
(18) Eutanásia: um direito à morte digna. (2021)	Analisa a possibilidade da prática da eutanásia no Brasil, como um instituto garantidor da morte digna, amparada pelo princípio da dignidade como autonomia.	Conclui ser possível a regulamentação da eutanásia no país em conformidade com os conceitos de dignidade da pessoa humana, dignidade como autonomia, assegurando ao ser humano a capacidade de autodeterminar-se, podendo escolher como será o seu processo de morrer.
(19) A Eutanásia Como Forma de Garantia da Autonomia da Vontade. (2020)	Aborda o tema da forma de garantir a autonomia da vontade e a dignidade humana com a eutanásia, com o respeito à morte digna e seguindo a vontade e os preceitos do paciente.	Conclui que a eutanásia deve ser legalizada como um direito, preenchendo determinados requisitos, como: que seja um pedido voluntário, que o sofrimento seja insuportável, que não haja outra solução para cessar este sofrimento, que se tenha conhecimento sobre a sua real condição e suas expectativas de futuro.
(20) Mistanásia, Ortotanásia, Distanásia e Eutanásia no Brasil. (2023)	Visa esclarecer além dos conceitos, alguns aspectos éticos e bioéticos acerca da mistanásia, ortotanásia, distanásia e eutanásia no Brasil.	Conclui que o respeito à autonomia pressupõe livres escolhas, desse modo, a dignidade da pessoa humana apresenta-se como um dos fundamentos basilares, devendo ser respeitada e protegida, já que a qualidade de vida garantida ao ser humano é um pressuposto que deve não só incluir seu nascimento, mas também os momentos que antecedem sua morte.
(21) O processo da eutanásia no Brasil e no mundo. (2020)	Defende a ideia da implantação da eutanásia e/ou a do suicídio assistido, apresenta diferentes países que lidaram com esse tema, e o aprovaram; e inicia uma breve discussão sobre a dignidade da pessoa humana.	Conclui que a vida deve ser tratada como um direito em vez de uma obrigação e propõe que nossas leis sofram mudanças evolutivas, distanciando a política da cultura e da religião amplamente implantadas no país.
(22) Eutanásia: o silencioso direito de morrer. (2022)	Debata a eutanásia, quanto a autonomia da vontade dos pacientes, a garantia do direito à saúde e da dignidade da pessoa, contrapõe argumentos quanto, a autonomia da vontade na percepção da eutanásia no ordenamento jurídico brasileiro	Conclui que o direito de morrer é um corolário do direito à vida. Afirma que a eutanásia deve ser legalizada como um direito, e se fez necessário também um maior posicionamento do campo legislativo, a fim de tratar das práticas com novos olhares e suprimir as muitas dúvidas ainda existentes a cerca dessa temática. Morrer com dignidade deve ser enfrentado como ato inerente ao processo de viver com dignidade.
(23) Eutanásia e suicídio assistido: uma revisão integrativa de literatura. (2020)	Busca responder os questionamentos: quem, onde, quando, e o que se publica sobre eutanásia e suicídio assistido?	Os médicos são os profissionais que mais publicam, e permanecem contrários às práticas. Nos países desenvolvidos é onde mais se publica. Conclui-se que os argumentos relevantes são destacados para um diálogo entre moralidades diversas a respeito da morte. É mister a reflexão sobre boas práticas de fim de vida em todos âmbitos, principalmente na formação acadêmica. Apontam que, se a eutanásia é uma alternativa plausível à luz da bioética para preservar a autonomia e a dignidade, precisa-se mais estudos sobre o tema.

(24) A Permissibilidade Moral da Eutanásia Voluntária. (2022)	Analisar algumas razões propostas e mostrar que estas não têm força suficiente para ultrapassar as motivações a favor da eutanásia.	A autora conclui que a eutanásia é moralmente permissível de um ponto de vista ético, mostrando que a eutanásia faz parte do direito de autonomia. Argumenta ainda que os cuidados paliativos não eliminam completamente o sofrimento físico e psicológico dos pacientes com doenças terminais. Aponta que, a melhor opção é encontrar um meio-termo que permita que aqueles que escolhem a eutanásia tenham esta opção e aqueles que preferem passar a última fase da sua vida em unidades de cuidados paliativos, tenham acesso a cuidados paliativos de qualidade.
(25) A Autonomia do Doente Competente no Direito à Escolha de Viver ou Morrer: Uma perspectiva bioética e de direitos humanos ao repensar a morte em vida. (2022)	Busca-se entender a morte, a vida e a pessoa humana para além da biologia, atentando-se a um contexto pessoal e social. Debate acerca do direito a autonomia do paciente frente a um estado crítico de doença se entrelaça com o princípio da vulnerabilidade, o que atenta para a discussão da legalização do suicídio assistido e da eutanásia.	A autora conclui que o biodireito não pode ser inerte aos avanços tecnológicos; não dá para se manifestar apenas quando provocado, e deixar na mão da justiça a incumbência das decisões em cada caso concreto, sem um direcionamento conciso com o mundo atual. Não é apenas despenalizar ou legalizar, é criar subsídios que proporcionem à população entender os caminhos a serem percorridos e, assim, poder se ater em sua autonomia de forma segura.
(26) Finitude da vida: compreensão conceitual da eutanásia, distanásia e ortotanásia. (2020)	Avaliar o conhecimento de médicos de unidades de terapia intensiva de Campo Grande/MS acerca dos conceitos de eutanásia, distanásia e ortotanásia.	Conclui-se que menos da metade dos participantes da pesquisa demonstrou conhecer os conceitos de distanásia, ortotanásia e eutanásia – esta última, a mais frequentemente definida de forma equivocada. O quadro é preocupante, visto que os conhecimentos sobre uma conduta determinam sua execução na prática. Para reverter essa situação, é necessário investir no treinamento dos profissionais que lidam com a terminalidade da vida. Aponta que é preciso ampliar a abordagem da tanatologia na grade curricular de cursos de medicina, incluindo discussões sobre biodireito e bioética.
(27) Eutanásia e suicídio assistido em doenças neurológicas: uma revisão sistemática Neurologia. (2021)	Identificar as doenças neurológicas para as quais a eutanásia é mais solicitada nos países onde este procedimento é legalizado e mostrar a evolução dos números da eutanásia.	Demência, doença do neurônio motor, esclerose múltipla e doença de Parkinson são as doenças neurológicas que mais motivam pedidos de eutanásia. Em alguns países, os pedidos de eutanásia para todos os casos de esclerose múltipla, doença dos neurônios motores ou doença de Huntington são mais elevados. Depois do câncer, as doenças neurológicas são o motivo mais frequente para solicitar a eutanásia ou o suicídio assistido.

Fonte: A autora, 2024.

Quadro 3 – Distribuição dos artigos da categoria Integralidade em Saúde, segundo título/ano, objetivos e conclusões das publicações selecionadas para o estudo.

Título do Artigo e Ano	Objetivo	Conclusão
(1) Desafios e potencialidades para produção do cuidado integral na Atenção Primária à Saúde brasileira. (2021)	Identificar evidências científicas sobre entraves relacionais e organizacionais relativos à produção do cuidado e mapear estratégias e dispositivos favoráveis ao cuidado integral.	Conclui-se que a implementação de outros modos de agir na saúde - centrados nas necessidades e singularidades dos sujeitos, norteados pelas tecnologias relacionais e pela prática clínica ampliada e compartilhada -, apesar de enfrentar adversidades e situações contraditórias, já conta com o acúmulo de experiências exitosas nos mais variados contextos. Esses bons resultados são potencialidades para a reorientação do processo de organização das práticas de saúde e de produção do cuidado integral pautado na corresponsabilidade, no respeito e na dignidade.
(2) Era uma vez A.: narrativas de integralidade do cuidado. (2021)	Ofertar um espaço de reflexão acerca das relações interpessoais no contexto da atenção à saúde.	O artigo aborda um caso clínico e propõe a reflexão acerca da multiplicidade que envolve o cuidado. Aborda a integralidade no cuidado com uma construção de pensamento coletivo multiangular. Dá ênfase na articulação transversal das temáticas humanísticas às ciências médicas em busca de construir um cuidado que observe a integralidade da existência humana, ultrapassando o desafio de pensar a singularidade das experiências em um ambiente voltado ao controle da doença.
(3) Integralidade do cuidado em saúde sob a perspectiva filosófica de Emmanuel Lévinas. (2022)	Refletir a integralidade do cuidado em saúde sob a perspectiva do pensamento filosófico Levinasiano.	O pensamento Levinasiano remete a um contexto em que o indivíduo está no centro da atenção, assim como no cuidado integral, isso norteia correta e cientificamente o trabalho em saúde como uma prática dialógica em que o outro, enquanto paciente, é corresponsável no cuidado. Esta reflexão poderá motivar profissionais e pesquisadores a observarem a integralidade em saúde sob uma perspectiva filosófica a partir de conceitos definidos por Emmanuel Lévinas.
(4) A dimensão da atenção à saúde na Promoção da Saúde: apontamentos sobre a aproximação com o cuidado. (2022)	Explorar as interfaces entre a Promoção da Saúde (PS), atenção à saúde e processo de cuidado.	Considera princípios e diretrizes da PS, em especial o empoderamento, a autonomia e o protagonismo do sujeito; pensar o cuidado de forma ampliada e não só em terapêuticas específicas e estritas; a priorização de cuidado a partir da consideração das necessidades pessoais e da população.
(5) Construção da integralidade na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: o cuidado para além dos serviços. (2022)	Analisar as dimensões do cuidado e as necessidades em saúde relatadas por usuários da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) em uma Região de Saúde.	Conclui que o saber dos usuários do sistema de saúde deve ser considerado válido, pois se trata de um “saber assessor”. Para além da necessidade de acesso a serviços, ações e tecnologias de saúde e da ação das dimensões de cuidado profissional, organizacional ou sistêmico, fica evidente nas narrativas a busca das pessoas pela autonomia.
(6) Integralidade do ser humano e o cuidado no processo saúde-doença. (2019)	Promover uma reflexão crítica sobre a integralidade do ser humano, no âmbito do cuidado, como essência das práticas de saúde.	A integralidade do cuidado apresenta-se como um constructo capaz de estabelecer relações mais concretas e plenas entre pacientes e equipe de saúde, rumo ao horizonte, no qual se percebe e se valoriza aspectos humanos inerentes às dimensões envolvidas no cuidado.

Fonte: A autora, 2024.

Quadro 4 – Distribuição dos artigos da categoria Educação Médica, segundo título, objetivos e conclusões das publicações selecionadas para o estudo.

Título do Artigo e Ano	Objetivo	Conclusão
(1) Autonomia em fim de vida: eutanásia – a propósito de um caso partilhado com estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior.	Observar a compreensão dos estudantes em questões de fim de vida relacionadas com a eutanásia, comparando entre dois grupos – em início e no final da formação pré-graduada, respetivamente.	A autora conclui que a maioria dos alunos, não distinguem moralmente entre eutanásia e ortotanásia (relativo ao caso apresentado na discussão do artigo). Recomenda-se a dinamização de estratégias formativas com um enfoque mais prático no ensino da ética médica.
(2) Atitudes de eutanásia Questionário em Pessoal Médico (AHE-PM). (2023)	Desenvolvimento de uma escala para avaliar atitudes e determinar seu significado de acordo com o género e a antiguidade dos profissionais em situação de atitudes de eutanásia.	O estudo realizado observou a necessidade de incluir nas faculdades médicas formação sobre o fim da vida e o direito de morrer. Traz como resultado: uma variável diferencial nas atitudes em relação eutanásia mostrando que parece haver maiores atitudes em relação à eutanásia nos homens, mas os anos de permanência profissional não parecem estar relacionados com estas atitudes; considera-se que a experiência direta pode desempenhar um papel fundamental na modificação de atitudes anteriores; pode haver diferenças entre um estudante e um profissional que foi exposto a pelo menos um caso, encontra essas diferenças nas atitudes estudantes que tiveram experiências próximas de hospitalizações graves; no que diz respeito ao género, as atitudes encontradas nos homens poderiam ser explicadas pela cultura, onde as mulheres sempre foram vistas como protetoras/cuidadoras.
(3) A eutanásia ou o suicídio assistido contradizem o <i>ethos</i> médico? Diretrizes para uma ética médica moderna e pluralista. (2021)	Responder à pergunta de se a eutanásia ou o suicídio assistido contradiz o <i>ethos</i> médico	Conclui que a eutanásia, e suicídio assistido, representam novos desafios para a medicina contemporânea e para a autocompreensão que sustenta seu <i>ethos</i> e tarefas fundamentais. No que diz respeito à medicina, à filosofia e à ideologia, algo pode oferecer uma interpretação unívoca com validade normativa para determinar o que constitui uma “boa morte”, as legislações devem fornecer um marco regulatório geral e inclusivo.
(4) Atitudes em relação ao suicídio assistido por médico e à eutanásia em estudantes universitários espanhóis. (2019)	Explorar as atitudes em relação à eutanásia e ao suicídio medicamente assistido em estudantes universitários espanhóis.	A maioria dos participantes demonstrou uma atitude positiva em relação ao suicídio medicamente assistido (54%) e à eutanásia (75%), bem como à sua legalização. As atitudes foram condizentes com os argumentos éticos, não sendo encontradas diferenças em relação à idade, sexo ou escolaridade. As atitudes estavam alinhadas com a intenção de participar desses procedimentos, caso fossem legais. Aponta que os estudantes de cuidados de saúde devem receber educação especializada em questões de fim de vida. Além disso, a educação ética pode ajudá-los a considerar uma perspectiva ética mais ampla ao deliberar sobre dilemas éticos, como os levantados pelos pacientes que procuram ajuda para morrer, melhorando assim os cuidados aos pacientes.

<p>(5) O médico face à eutanásia em São Luís -MA. (2021)</p>	<p>Objetiva captar os posicionamentos da classe médica ludovicense acerca da eutanásia, bem como ratificar a hipótese de que há carência de embasamentos ético-filosóficos nos mesmos, tomando-se como referência a sua posição favorável ou desfavorável à sua prática, sua conduta diante de um paciente terminal.</p>	<p>O autor conclui que se identifica a influência de um sistema ético - Utilitarista. Ressalta como imprescindível que o Conselho Federal de Medicina viabilize reflexão sobre o tema, de modo que, a partir de discussões e debates, possam atualizar os conteúdos disciplinares, tendo em vista as novas exigências que a evolução científico-tecnológica nos impõe. Pontua a necessidade de se destituir do tabu ainda representado pelo tema morte e eutanásia, afirma sobre a necessidade premente de revisão dos Currículos da Área Médica</p>
<p>(6) Elaboração de um recurso educacional para profissionais de saúde voltado para os cuidados paliativos. (2023)</p>	<p>Analisar o conhecimento dos profissionais de um Hospital Universitário acerca dos Cuidados Paliativos, identificando as fragilidades e potencialidades dos profissionais quanto aos CP.</p>	<p>Observou-se que os entrevistados não compreendiam a filosofia e os objetivos dos Cuidados Paliativos, foram evidenciando lacuna na formação dos profissionais e fragilidade emocional frente ao processo de morte. O autor pontua a fragilidade na compressão, por falta de conhecimento teórico-prático, e os tabus ligados aos processos de morte-morrer, geram muitas vulnerabilidades na assistência. De forma, que se faz necessário capacitação para que os profissionais estejam aptos para trabalhar como o público, na promoção do bem-estar e redução do sofrimento.</p>
<p>(7) Percepção dos estudantes de Medicina sobre os problemas bioéticos relacionados ao fim de vida na Atenção Primária à Saúde. (2021)</p>	<p>Investigar a abordagem das questões bioéticas atinentes aos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde em uma escola médica, a partir da análise da matriz curricular e do projeto pedagógico, dos conteúdos abordados.</p>	<p>A autora conclui que ensino da bioética e dos cuidados paliativos é cada vez mais uma necessidade da escola médica. A formação em bioética é uma discussão corrente desde as DCN de 2001, embora passado 20 anos, percebe-se que os estudantes, têm pouco contato com a abordagem dialógica e democrática para a construção de competências morais para a prática médica. Aponta a dificuldade dos alunos em definir conceitos pertinentes à ética, á bioética e aos cuidados paliativos, em compreender a quem os cuidados paliativos se destinam e em perceber os problemas bioéticos relacionados ao fim de vida.</p>
<p>(8) Percepção de formandos de medicina sobre a terminalidade da vida. (2019)</p>	<p>Pesquisar a percepção dos formandos em medicina sobre a terminalidade da vida.</p>	<p>Conclui que há lacunas no conhecimento dos formandos em medicina sobre terminalidade da vida. É preciso que escolas médicas adotem métodos e práticas pedagógicas que aprofundem o tema. A pesquisa demonstrou que 37,3% dos estudantes relataram dificuldade em comunicar a morte do paciente à família; 60% sentem-se despreparados ou com dúvidas sobre como lidar com óbitos em serviço de urgência; 25% desconheciam o termo “eutanásia”, 53% “ortotanásia”, e 56% “distanásia”.</p>
<p>(9) Identificação do Nível de Conhecimento em Cuidados Paliativos na Formação Médica em uma Escola de Medicina de Goiás. (2019)</p>	<p>Identificar o nível de conhecimento em Cuidados Paliativos (CP) na formação médica dos acadêmicos de Medicina do sexto ano, compreender a percepção dos acadêmicos quanto à aprendizagem referente aos CP durante a sua formação médica e discutir a inclusão de CP na formação médica da instituição do estudo e no Brasil.</p>	<p>Embora os acadêmicos avaliados conheçam alguns princípios dos CP, estes não são suficientes. Os alunos alegam carência na abordagem do tema, enfatizando a necessidade de implementação dos Cuidados Paliativos como disciplina obrigatória na grade curricular brasileira. Foi observado que 73,84% dos entrevistados souberam definir ortotanásia, 43,07% acertaram a definição de distanásia e 58,73% assinalaram corretamente sobre eutanásia. Temos ainda que 36,92% dos alunos não se consideram preparados para lidar com a terminalidade, e a maioria dos acadêmicos (74,3%) referiu déficit quanto à abordagem do tema na graduação.</p>

<p>(10) Currículo oculto, educação médica e profissionalismo: uma revisão integrativa. (2020)</p>	<p>Compreender a abordagem da temática na educação médica e sua relação com o profissionalismo.</p>	<p>Modelos de ensino centrados no médico especialista, hierarquizados, que expressam implicitamente uma maior importância às disciplinas “tradicional” do currículo e colocam as habilidades humanísticas e o profissionalismo em segundo plano influenciam os estudantes a também não valorizarem tais aspectos.</p>
<p>(11) Morte e morrer na formação médica brasileira: revisão integrativa. (2022)</p>	<p>Descrever como a morte e o morrer são abordados na graduação médica no Brasil e suas repercussões para estudantes.</p>	<p>O autor aponta dificuldades na abordagem do tema relacionadas ao modelo biomédico de formação, à organização dos currículos e à formação dos professores. Estas afetam os estudantes, trazendo sofrimento psíquico e prejudicando o processo de formação. Poucos currículos abordam aspectos psicossociais relacionados à morte e ao morrer, sendo frequentemente abordados com carga horária insuficiente, métodos inadequados ou como atividades extracurriculares. Propõe a necessidade de investimentos em cuidados paliativos na graduação de cursos de medicina, de modo a garantir uma formação mais humanitária, pautada em princípios éticos, e que prepare estudantes e profissionais para lidar com situações de terminalidade.</p>
<p>(12) A prática da humanização na formação médica realidades, paradoxos e perspectivas. (2020)</p>	<p>Identificar as percepções dos acadêmicos de medicina acerca da humanização do cuidado ao longo da graduação</p>	<p>Conclui afirmando a importância de que seja fomentado o estímulo do desenvolvimento de habilidades e competências com implementação da relação médico-paciente, bem como a necessidade do desenvolvimento de estudos que busquem traçar metas que guiem as escolas médicas no sentido de como florescer a empatia dos estudantes.</p>
<p>(13) Desafios bioéticos na formação médica: uma perspectiva teleológica e axiológica. (2021)</p>	<p>Problematizar quais os principais desafios bioéticos na formação médica sob uma perspectiva teleológica e axiológica.</p>	<p>A preocupação didático-pedagógica com valores e virtudes ético-morais, tais como caráter, amor, liberdade, respeito, responsabilidade, compaixão, paciência, humildade, fortaleza, prudência, justiça e coragem, entre outros, não está sendo privilegiada no ensino médico. Há um déficit nessa dimensão, dificultando o amadurecimento e a aprendizagem de práticas ético-morais indispensáveis em nosso tempo.</p>
<p>(14) Ensino na Graduação Médica das Diretivas Antecipadas de Vontade em Cuidados Paliativos: uma análise comparativa entre Brasil e Portugal. (2020)</p>	<p>Busca conhecer como se dá, atualmente, a formação graduada em Medicina no Brasil e em Portugal no que diz respeito ao ensino das Diretivas Antecipadas de Vontade no âmbito dos Cuidados Paliativos. Apresenta as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) com forma de garantir a autonomia do doente</p>	<p>Verificou-se que ambos países têm iniciado a discussão de tópicos referentes aos CP e, no caso de Portugal, encontrou-se tópicos referentes às DAV em CP durante a formação médica. Verificou-se também que Portugal aparenta estar na dianteira com 62,5% das suas graduações em Medicina a oferecer uma disciplina de CP em caráter optativo e uma a oferecer em caráter obrigatório, já nas IES do Brasil, utilizadas para o estudo, não se encontrou a oferta da disciplina de CP. conclui-se que a realidade do ensino das DAV em CP é proporcional a existência de legislação sobre o tema e que ainda há necessidade em se desenvolver um novo currículo, ou em aprimorar os currículos já existentes, com a inclusão dos Cuidados Paliativos (o que inclui as DAV) como disciplina obrigatória com objetivos claros, realísticos, com prioridade a conteúdos adequados para as formações acadêmicas e clínicas principalmente voltadas para a atenção básica de saúde como componente integral na educação corrente como preconiza a OMS.</p>

<p>(15) A morte na formação médica: oficina de leitura literária como estratégia humanística no ensino em saúde. (2020)</p>	<p>Realizar a oficina de leitura literária com acadêmicos de Medicina, enquanto estratégia humanizadora e promotora de mudanças na concepção sobre a Morte e o processo de morrer dos pacientes. Descreve os conhecimentos e percepção dos acadêmicos sobre a Morte e o processo de morrer; identifica através dos relatos dos acadêmicos, se a abordagem do tema finitude humana e Morte, durante o curso, é por eles percebido como satisfatório.</p>	<p>A autora conclui que a humanização e a integralidade parecem seguir fora do eixo estrutural da formação médica. A relação profissional-paciente deve ser diferente, valorizando cada ser humano e respeitando o princípio da dignidade. Pontua que a educação médica precisa direcionar os profissionais durante a sua formação para uma atenção menos fragmentada e comprometida com a ética do cuidado. Sem essas premissas básicas, não é possível falar em cuidado integral e humanização do cuidado. Há uma precariedade de assistência na condução de uma Morte com qualidade, sejam por motivos institucionais ou por falta de capacitação profissional. Nesse sentido, há sugestões de mudanças, como apontadas em vários estudos, como uma estruturação curricular, na tentativa de reintegrar as relações entre médico-paciente e professor-aluno, além de reaprender a Arte do cuidar.</p>
<p>(16) O ensino de cuidados paliativos na graduação do curso de medicina: um olhar multicêntrico. (2023)</p>	<p>Discutir os Cuidados Paliativos na formação médica e a visão e o cuidado ofertado ao longo do curso, evidenciando a importância de se incorporar na formação médica a visão e o cuidado ofertado pelos cuidados paliativos, uma vez que, predominantemente, o ensino médico se baseia na visão curativa.</p>	<p>Conclui-se que a oferta de CP aos pacientes que dele necessite se realizada de forma adequada às necessidades dos pacientes pode promover o conforto, a prevenção de sofrimento, por meio do alívio da dor que geram incapacidades, melhorando a qualidade de vida de pacientes. Mas, para que de fato isto aconteça, é indispensável incorporar na formação médica a visão e o cuidado ofertado pelos CP. Sugere a inclusão de uma disciplina sobre cuidados paliativos na matriz curricular do curso de medicina, que englobe bases para a oferta de CP.</p>

Fonte: A autora, 2024.

4 DISCUSSÃO

A discussão será realizada a partir das três categorias que emergiram deste estudo, sendo elas: Eutanásia; Integralidade em Saúde e Educação Médica.

4.1 Eutanásia na revisão integrativa

É uma obviedade afirmar que vivemos toda a nossa vida à sombra da morte; também é verdade que morremos à sombra de toda nossa vida. O horror central da morte é o esquecimento - absoluto e terrível colapso da luz. O esquecimento, porém, não é tudo; se assim fosse, as pessoas não se preocupariam tanto com a questão de suas vidas técnicas e biológicas terem ou não continuidade depois que se tornaram inconscientes e caíram no vazio, depois que a luz já morreu para sempre. A morte domina porque não é apenas o começo do nada, mas o fim de tudo, e o modo como pensamos e falamos sobre a morte - a ênfase que colocamos no "morrer com dignidade" - mostra como é importante que a vida termine apropriadamente, que a morte seja um reflexo do modo como desejamos ter vivido. (DWORKIN, 2003. p. 280).

Os artigos apresentados no Quadro 2, categoria eutanásia, abordam a temática de modo conceitual diferenciando a eutanásia de outras práticas de cuidado no fim de vida; elencam os fatores apontados por defensores e críticos da prática; explicitam os países que descriminalizaram a eutanásia; abordam os princípios da autonomia e dignidade humana como rumo ao possível diálogo para a legalização da eutanásia no Brasil, apontando que a criminalização da prática geral é um paradoxo jurídico na atualidade; pavimenta-se o terreno da possível legalização da eutanásia por meio das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), sendo esta uma ferramenta jurídica que preserva a autodeterminação.

Na análise em tela evidenciou-se que os profissionais da área do Direito foram os que mais publicaram sobre o tema no Brasil, fato que pode ser ancorado pela permanência da prática como ilegal e no caminhar lento e silencioso do legislativo brasileiro para o debate do tema; salienta-se que a intenção da norma constitucional é assegurar a igualdade, a dignidade e a liberdade para as pessoas, deste modo é possível afirmar que a permanência silenciosa frente a descriminalização da eutanásia “além de ferir os direitos constitucionais das pessoas, também estão atentando contra a sua felicidade e, conseqüentemente, contra a sua moralidade” (BRITTO, 2020, p.33). Tal omissão, fere a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Carta Constitucional de 1988 (REIS, S. & OLIVEIRA, R.2019).

Os estudos compreendem a eutanásia como o ato de provocar ou abreviar a morte do indivíduo em situação de terminalidade, com objetivo de dar fim ao sofrimento, “trata-se de uma antecipação voluntária da morte, geralmente determinada por uma motivação humanitária; destina-se, na maioria dos casos, a suprimir um sofrimento insuportável” (PACHECO 2022, p.19). De acordo com o Dicionário Escolar da Língua Portuguesa a eutanásia é definida como “morte sem sofrimento; prática pela qual procura-se abreviar sem dor ou sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável”. Barchifontaine e Léo Pessini ao abordarem o debate acerca da eutanásia ao logo do tempo especificam que esta centra-se na legitimidade da pessoa enferma sem possibilidades de cura:

O termo eutanásia passa por uma evolução semântica ao longo dos séculos. Seu significado etimológico (do grego *eu*, “boa”, e *thanatos*, ‘morte’), é morte boa, sem dores e angústias. Esse era o significado do termo para o estoicismo, que aceitava que o sábio podia e devia assumir sua própria morte quando a vida não tivesse mais sentido para ele. No século XVII, o termo eutanásia adquire o significado que faz referência ao ato de pôr fim à vida de uma pessoa enferma. O debate sobre a eutanásia não se centra na legitimidade de dispor da vida de qualquer pessoa, mas de a pessoa enferma, para a qual não existem esperanças de vida em condições que possam ser qualificadas como humanas, pedir e obter a eutanásia. (BARCHIFONTAINE & PESSINI, 2002, p.287).

A eutanásia diferencia-se das demais práticas de cuidado em fim de vida, não sendo o objetivo deste trabalho esmiuçar todas elas, mas sim debruçar-se ao que se mostra pertinente ao objeto do estudo, a eutanásia; de acordo com Faria (2021, p.11) na eutanásia a “boa morte” é alcançada através da ação, abreviando a vida de um paciente de modo a libertá-lo do sofrimento, “no domínio dos Cuidados Paliativos (CP), a “boa morte” refere-se a um conjunto de procedimentos, entre eles a sedação paliativa, que visam minimizar o sofrimento físico destes pacientes.”

O trabalho desenvolvido por Sposito e outros autores (2020) amplia o conhecimento sobre a eutanásia adentrando na distinção da eutanásia solidária, que é o foco deste artigo, da eutanásia eugênica, criminal, econômica e experimental; trata-se de uma distinção relevante no que concerne a possibilidade de diálogo que viabilize a descriminalização desta prática. Os autores afirmam que deve ser rejeitada qualquer conceituação de “eutanásia que não aquela que a defina como a ação por compaixão e com o consentimento prévio do paciente, para dar uma morte sem dor a alguém que esteja submetido a grave sofrimento em função de um mal incurável” (SPOSITO et al, 2020, p.118).

Não se trata de um dilema recente, mas de uma temática que vem apresentando relevância no espaço das discussões contemporâneas em diferentes sociedades, isto se deve a multiplicidade dos avanços tecnológicos, bem como, a relação das pessoas com a morte ter modificado ao longo da história, conforme aponta Pacheco (2022). Na modernidade ocidental,

a morte aparece marcadamente como um sinônimo de fracasso, impotência. A autora considera a temática da eutanásia um problema complexo, controverso e repleto de dilemas de natureza moral. Aloca o tema de discussão por excelência no campo bioético, por envolver questões relacionadas à liberdade de escolher a própria morte, a responsabilidade dos agentes, aos efeitos de uma decisão e aos valores, juízos e convicções morais do sujeito. Somado a esses fatores, Faria (2021, p.11) afirma que, posições contrárias ou a favor à prática da eutanásia são fundamentadas em “moralidades individuais, influências sociais, econômicas e políticas estando, assim, sujeitos a alguma volubilidade com a evolução dos tempos com tendência ao relativismo e ao ceticismo”, com isso torna-se difícil encontrar uma moral comum e onde os valores se tornaram líquidos.

4.1.1 A autonomia e a dignidade como fundamentações para a prática da eutanásia

O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza. Mas a medicina não entende.

Sobre a morte e o morrer RUBEM ALVES (Folha de São Paulo 2003, s.p).

Os artigos apresentam marcadamente os argumentos favoráveis e contra a legalização da eutanásia, os argumentos utilizados pelos defensores da prática são: o respeito pela autonomia do paciente e o alívio do sofrimento intratável, ambos relacionados com o direito que a pessoa autônoma tem a uma vida digna e morte sem sofrimento. Dentre os que se opõem à sua legalização destacam-se: a prática ser considerada errada na base das moralidades pessoal e religiosa (sacralidade da vida), não respeitar os princípios universalmente aceitos da ética médica e, ainda, o argumento “*slippery slope*”.

Pereira (2019, p.553), ao analisar os argumentos favoráveis a descriminalização da eutanásia afirma que o respeito à dignidade humana pode sustentar uma posição favorável à eutanásia, visto que “um estado irremediavelmente degradante seria um insulto à dignidade de uma pessoa, sobretudo quando esta opta voluntariamente pela morte”. Ainda como foco, em defesa a eutanásia Bittencourt (2021, p.53) entende que o conceito de dignidade não deve ser dissociado de autonomia, portanto, a dignidade como autonomia envolve quatro aspectos:

a capacidade de autodeterminação, em que há um indivíduo capaz de tomar decisões, fazer escolhas morais, traçar objetivos, metas, sendo que o Estado não pode atentar contra decisões personalíssimas sem violar a sua dignidade; as condições para o exercício da autodeterminação, visto que o Estado não deve só não interferir nas decisões pessoais do sujeito moral, mas também deve prover os meios necessários para que ele alcance os objetivos traçados, portanto é preciso que ele tenha o mínimo existencial; e por último os dois aspectos que andam juntos, a universalidade e a inerência em que essa perspectiva do entendimento racional do sujeito, dele como pessoa, é inerente a ele e deve ser protegido universalmente.

Cardin e Nery (2020, p.98) ao analisarem o contexto atual sob a perspectiva da descriminalização da eutanásia, explanam sobre a cultura de negação da morte que permeia a sociedade contemporânea, a morte não é caracterizada como um processo natural do ciclo da vida, mas, sim, é considerada um fracasso, sendo, por muitas vezes, evitada, ocultada, mantida em silêncio. As autoras afirmam que, é somente ao consentir à autonomia e à dignidade humana, que a sociedade, “passa a admitir, de forma discreta, o princípio da finitude da vida, aprendendo que o momento da morte deve ser acompanhado de qualidade e não de sofrimento”. Observa-se que, “a morte necessita, portanto, de uma proteção jurídica”.

Silva e outros autores (2022, p.33) apontam a autonomia como peça chave obrigatória para a garantia de uma vivência digna “reafirmar-se que a dignidade humana deve ser um norte ao longo da existência do indivíduo, pois pressupõe que essa representa um mínimo existencial”.

Ao abordar sobre os argumentos contrários à eutanásia, Pereira (2019, p.54) explicita que, no tocante às moralidades pessoais, ou nas palavras do autor, a ideia de “proteger a pessoa dela mesma”, os argumentos contrários não se sustentam pois; 1º “significado da morte está diretamente relacionado a nosso senso de identidade, que, por sua vez, pode remeter a determinados valores que estruturam nossa vida”. Decidir quando e como vai morrer pode ser uma maneira, de afirmar pela última vez seu controle sobre a própria vida, o autor ainda afirma que para muitos viver não se trata simplesmente de sobreviver; 2º a vida não pode ser entendida apenas em termos biológicos, ela precisa ser compreendida em um sentido que pode chamar de biográfico.

Ao que concerne a sacralidade da vida o autor aponta que tal posição depende de crenças específicas, sobretudo sobre a existência de Deus. Deve-se questionar, que a proibição da eutanásia possa se basear neste tipo de consideração em sociedades seculares, onde há separação entre Igreja e Estado. “encurtar uma existência degradante, ou em processo de degradação, também pode ser uma maneira de respeitar a santidade da vida, se entendida de forma secular” (PEREIRA, 2019, p 559).

Em relação à ética médica, Britto (2020, p.42) é claro em afirmar que deve ser feito uma “repaginação” do Juramento de Hipócrates para que este seja adequado às situações de atuação dos profissionais que se submetem a esse juramento, ou seja, “Instinto ético desses profissionais deve visar o melhor tratamento aos seus pacientes”.

Por último, mas não menos importante, tem-se a argumentação “*slippery slope*”, ou ladeira escorregadia, que diz respeito ao risco de abusos. De acordo com Cardin e Nery (2020) pode-se contra argumentar tal risco, levando-se em conta que estes podem ser amenizados se o processo de autorização da eutanásia for rigoroso, incorporando condições para sua autorização, tendo como referência algumas circunstâncias e preenchendo determinados requisitos, como: que seja um pedido voluntário, que não haja outra solução para cessar este sofrimento, que a pessoa tenha o conhecimento sobre a sua real condição e suas expectativas de futuro, que seja consultado por mais de um profissional, e que a eutanásia seja realizada com o máximo de cuidado. Corroborando ainda com essa pesquisa, Silva (2022, p.251), em seu trabalho sobre a permissibilidade da eutanásia, afirma que, os riscos de possíveis abusos “serão inevitáveis, mas provavelmente seriam poucos se esta restrição fosse cuidadosamente legislada e policiada. [...] os benefícios de autorizar legalmente a eutanásia ultrapassam largamente estes infelizes casos”.

Outro dilema que surge no debate para a legalização da eutanásia, é que, segundo os críticos à legalização, deveria haver maiores investimentos em Cuidados Paliativos em vez da descriminalização da prática da eutanásia; nesse sentido é de suma importância algumas considerações propostas por Silva (2022, p.256); a autora analisa que, além do fato de não existirem unidades de cuidados paliativos de qualidade e disponíveis para todos “cria-se um falso dilema, que um indivíduo que sofre de uma doença terminal deve escolher entre morrer ou viver num sofrimento atroz e sem dignidade”. A autora salienta que, “profissionais de saúde, que observaram de perto o funcionamento de unidades de cuidados paliativos, afirmam que estes não permitem sempre que a morte dos indivíduos com doenças terminais seja serena e digna”, isto se deve pois, “nem os melhores cuidados paliativos conseguem eliminar todo o sofrimento e dor dos pacientes”, deste modo, “parece injusto e paternalista dizer a pessoas que estão a morrer não podem decidir quando e em que condições querem morrer porque alguém lhes está a prestar cuidados de qualidade”.

No cenário atual do Brasil, sendo a eutanásia criminalizada, o conflito “dignidade x moral, no qual o primeiro se questiona se o cidadão possui o direito de escolher a melhor forma de morrer, enquanto a outra afirma que seria errado proporcionar a morte ao homem, pois o privaria de sua vida”, o profissional médico encontra-se mediante casos de doenças incuráveis diante

um cenário que possuem apenas dois caminhos acessíveis, a ortotanásia (não muito aceito) ou a distanásia (que acarreta dores e sofrimento ao paciente) (MACHADO, 2020, s.p).

Neste sentido, é importante salientar “que a prática médica deve ser ancorada, cada vez mais, em um processo de cooperação, onde um eficiente processo de comunicação deve ser estabelecido desde o início, a fim de se respeitar a autonomia da pessoa, e conseqüentemente, sua dignidade”, dado o avanço e a inserção de procedimentos de alta complexidade e o prolongamento excessivo da vida, é evidente que estamos diante de novos conflitos que esbarram em questões éticas envolvendo o abuso das intervenções médicas colocando em jogo a dignidade humana, mais precisamente, a dignidade no processo de morte (NETO & AMORIM, 2020, p.58).

Cano e outros autores (2020, s.p), ao analisarem a compreensão dos profissionais médicos sobre a finitude da vida e os conceitos da eutanásia, distanásia e ortotanásia, apontam que os profissionais formados há mais tempo tiveram mais dificuldades para definir os conceitos de distanásia, eutanásia e ortotanásia, isso se deve ao foco exclusivo da educação em aspectos biomédicos e técnicos, sem uma perspectiva humanística; já os recém formados jovens demonstram certo avanço na formação, embora ainda faltem cursos de capacitação e atualização para que os profissionais conheçam as novas práticas relacionadas à terminalidade da vida. Em referência à eutanásia, os autores marcam a lacuna existente sobre o tema, segundo o estudo, os profissionais intensivistas abordados afirmaram conhecer, embora mais da metade das definições tenha sido equivocada. Os autores posicionam-se no tocante a ampliação da abordagem da tanatologia na grade curricular de cursos de medicina, incluindo discussões sobre biodireito e bioética, assim como atualização e formação continuada para os profissionais já formados, ressaltam ainda que o cenário é preocupante visto que, a percepção errônea sobre o que é determinada conduta, pode interferir em sua aplicação, prejudicando o paciente, “o desconhecimento de termos da tanatologia demonstra que ainda há muitos médicos que vivenciam a terminalidade da vida diariamente sem informações fundamentais para tomar decisões que evitem distorções e falhas na comunicação”.

4.1.2 Horizontalização da prática médica e a vontade do paciente

A vida humana não se define biologicamente. Permanecemos humanos enquanto existe em nós a esperança da beleza e da alegria. Morta a possibilidade de sentir alegria ou gozar a beleza, o corpo se transforma numa casca de cigarra vazia. Muitos dos chamados 'recursos heroicos' para manter vivo um paciente são, do meu ponto de vista, uma

violência ao princípio da 'reverência pela vida'. Porque, se os médicos dessem ouvidos ao pedido que a vida está fazendo, eles a ouviriam dizer: 'Libertame'
Sobre a morte e o morrer RUBEM ALVES (Folha de São Paulo 2003, s.p)

Faria (2021, p.11) em seu estudo sobre: Questões Éticas no Fim de Vida. Eutanásia - Autonomia e os seus Limites no Fim de Vida; aborda que o foco no curar, tem se negligenciado o cuidar e esse fator “contribuiu para a emergência de dilemas éticos em temas relativos ao fim de vida”. O autor aponta que o *empowerment* dos doentes permite a queda do paternalismo médico “permitindo o estabelecimento de uma relação de igualdade, permitindo uma transferência de responsabilidades entre ambas as partes, de forma que o diagnóstico e o tratamento resultam de uma negociação entre médico e paciente” (FARIA 2021, p.26).

Ao analisar qualitativamente o debate sobre eutanásia, verifica-se que é por meio da aplicação do princípio da autonomia que se busca “horizontalizar a relação entre o médico e o paciente, fazendo que o paciente permaneça protegido de tudo o que possa se configurar como limitador ou redutor de sua livre manifestação da vontade” (SILVA et al 2022, p.31). De acordo com o trabalho de Pacheco (2022, p.66) somente quando a autonomia de vontade do paciente for respeitada poderá se falar de uma mudança de paradigma dos cuidados médicos, “redirecionando o foco do pretense poder curativo do profissional da saúde para a atitude piedosa e compassiva diante do ser que sofre inutilmente”. Nesse sentido o papel do profissional da saúde seria o de “condutor do processo terapêutico”, não o paternalista de que tem em suas mãos o destino do paciente, deste modo, transpor o paradigma de curar para o de cuidar exige a compreensão que até para este há limites “ele não pode superar os obstáculos postos pela nossa incontornável finitude”.

Para Pacheco (2022, p.28) “o tema da eutanásia refere-se à subjetividade do ser humano e às suas noções de ser e dever-ser, ao universo da intersubjetividade, às obrigações que temos para com a vida alheia, aos sentimentos de empatia e compaixão”, deste modo é imprescindível que o conceito de vida seja compreendido “como a possibilidade de o indivíduo viver com qualidade, o que significa usufruir de bem-estar físico e mental, gerir sua existência, comandar suas funções vitais, viver sem dor e gozar da liberdade de decidir sobre o seu próprio destino”, o autor salienta ainda que é por meio do fenômeno da eutanásia que se permite investigar o que cada indivíduo entende por vida digna ou não, “respeitar a autonomia da vontade e da dignidade da pessoa humana é entender que o paciente tem o controle sobre o seu próprio corpo, mente e espírito”.

Os artigos apontam unanimemente a autonomia como o conceito central no debate das questões éticas no fim de vida. O “empowerment” dos cidadãos e o reforço da sua autonomia

são dois dos propósitos mais relevantes do modelo de prestação de cuidados em fim de vida. Segundo Araújo (2022, p.7) pensar na morte como um fator limitante do processo da vida, ou seja, na terminalidade da vida, “pode conferir à pessoa a possibilidade de se empoderar da sua existência e, conseqüentemente, da sua transitoriedade e, assim, proporcionar uma melhor qualidade de vida, tanto individual, quanto coletiva”, nesse sentido, que os debates em torno da eutanásia tem ganhado força, propondo “novas possibilidades que possam levar os doentes a um caminhar ao lado da doença com mais respeito”. Para a autora a bioética seria a ponte, que tem como objetivo, “a responsabilidade de entender e procurar caminhos éticos e facilitadores dentro de um discurso autônomo, que prega saúde e qualidade de vida com dignidade a partir de bases disciplinares que fundamentam o discurso científico” (p.17).

Um marco importante para pensar a bioética é o código de Código de Nuremberg⁷ de 1947, pois a partir deste, o paciente ganha notoriedade na relação médico-paciente, antes do referido código, a relação era inspirada no modelo hipocrático e o paciente silencioso, “somente fala sobre seus sintomas e obedece; o Código de Nuremberg estabelece um paciente falante e que tem autonomia para decidir o que é melhor para ele e agir”; é a partir de 1947 com a formulação do código de Nuremberg que se dá “voz ao princípio da autonomia, enfatizando a necessidade do consentimento informado do paciente e a sua livre escolha em se submeter a qualquer experimentação científica, colocando-o acima da Ciência” (ARAÚJO, 2022, p. 18). Seguido a este marco, em 1948 em assembleia, a Organização das Nações Unidas (ONU), estabelece a Declaração Universal dos Direitos do Homem com a intenção de conferir dignidade a todos os povos sem distinção. Já em 1964 a Declaração de Helsínquia, estabelece “a posição dos seres humanos como superiores à ciência e conseqüentemente reafirmando a dignidade humana como princípio fundamental que deve ser observado para a realização de qualquer experimento científico” (ARAÚJO, 2022, p. 19).

Onde não houver respeito pela vida e pela integridade física e moral do ser humano, onde as condições mínimas para uma existência digna não forem asseguradas, onde não houver limitação de poder, enfim, onde a liberdade e a autonomia, a igualdade e os direitos fundamentais não forem reconhecidos e minimamente assegurados, não haverá espaço para dignidade humana e a pessoa não passará de mero objeto de arbítrio e injustiças. (SARLET, 2015, p. 59)

⁷ É um conjunto de princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos, sendo considerado como uma das conseqüências dos processos de guerra, ocorridos no fim da Segunda Guerra Mundial. O Tribunal Internacional julgou criminosos de guerras e foram criadas regras internacionais, que continham diretrizes do que seria permitido no que tange a experimentações médicas que utilizava seres humanos, a fim de “evitar todo o sofrimento físico ou mental desnecessário e danoso. (ARAÚJO, 2022, p.18).

Ainda sobre os estudos de Araújo (2022, p.28), a autora compreende que o foco da bioética é o cuidar ético “orientado na pessoa e na sua dignidade, e esse cuidado não está ligado ao curar e sim a conduzir todo o processo terapêutico de forma a proporcionar qualidade de vida e uma morte digna”. A humanização em saúde tem como perspectiva o cuidar se sobrepondo ao curar, essa atitude visa, “proporcionar dignidade ao paciente, propondo formas de enfrentamento mais ético para os profissionais de saúde”, a autora afirma que o profissional de saúde consciente de si consegue delimitar suas potencialidades e limitações tendo como foco o doente de forma biopsicossocial. Afirma ainda que:

a empatia colocada como fundamental para reconhecimento da autonomia de uma pessoa, a capacidade de perceber a dor do outro e, assim, pensar como agiria se estivesse no seu lugar, garante um olhar tanto individual quanto coletivo, dentro do contexto político-social em que vivemos. (ARAÚJO 2022, p.39).

Segundo Araújo (2022, p.12) a humanização do fim da vida é importante porque, ela vai além de uma experiência pessoal: “ela transcende a individualidade e dá lugar a uma abordagem mais coletiva, trazendo o assunto da morte para o debate em sociedade”. Falar sobre o assunto, apresentando-o sempre como tema a ser discutido e conhecido, pode auxiliar em sua melhor compreensão e aceitação proporcionando um diálogo aberto sobre a morte, na intenção de desmistificar, de retirar a carga negativa que ela suporta.

Araújo (2022, p.31) afirma a necessidade de “sair da zona de conforto científica e procurar um lugar de respeito, esse lugar não se traduz em fazer viver a qualquer custo e sofrimento, mas sim dentro de um contexto habitual do seu dia, sabendo entender os limites de cada doença e tratamento”, propõe o cuidado através da prática da ciência e do seu avanço biotecnológico, como responsável em desempenhar

o papel de discutir e implementar normas bioéticas, do cuidado dos responsáveis que interpretam essas regras e as colocam em prática, do cuidado dos profissionais de saúde que estão em contato direto com pacientes e, por fim, do cuidado da sociedade em avaliar todas as questões levantadas por essa ciência dentro do seu contexto (ARAÚJO 2022, p.26).

Na mesma esteira, Cardin e Nery (2020, p.98) salientam que:

cuidar, portanto, significa respeitar a autonomia da vontade e, conseqüentemente, a dignidade humana do paciente, mesmo que isso acarrete na suspensão de condutas médicas que visem a apenas o prolongamento da vida, sem perspectiva de cura. Deve prevalecer o bem-estar do paciente sobre as inovações tecnológicas e científicas.

Silva (2022, p.244) ao analisar a permissibilidade moral da eutanásia sob a perspectiva deontológica e consequencialista, afirma que, assim como não é permissível moralmente que os médicos respeitem de forma indiscriminada o direito à autonomia dos seus pacientes, “também

não é moralmente permissível que ajam somente conforme as condições de saúde em que se encontra um paciente sem respeitarem ou solicitarem que este paciente exerça o seu direito de autonomia (quando o pode fazer) ”.

4.1.3 Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) como ferramenta jurídica e ética de autodeterminação.

A ética deve considerar a vontade de morrer, quando é negado uma vida com dignidade. (FREIRE, R. 1987, s.p).

Araújo (2022, p.41) informa que a bioética promove “debates acerca da autonomia, com a finalidade de transpor a verticalidade que manteve durante muito tempo a relação médico-paciente, a fim de torná-la horizontal, para que a dicotomia existente possa encontrar um melhor resultado final”. As Diretivas Antecipadas de Vontade surgem como amparo jurídico para resguardar o direito de a pessoa doente exercer a sua autodeterminação, opondo-se a tratamentos futuros desproporcionais ao seu quadro clínico.

Na perspectiva jurídica e ética, Britto (2020, p.68) salienta que as Diretivas Antecipadas de vontade (DAV) sustentam-se na perspectiva do respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana e do princípio da autonomia, de modo que, o interessado, por meio desse documento, poderá se opor a futuras submissões, a determinados tratamentos de saúde ou procedimentos médicos que estendam o seu tempo de vida. De acordo com o autor a DAV é:

um documento escrito no qual uma pessoa consigna as suas vontades quanto aos cuidados médicos que pretende ou não pretende receber se perder a capacidade de se exprimir ou se encontrar em estado de já não ser capaz de tomar ela própria uma decisão. (BRITTO 2020, p.68)

Faria (2021, p.13) aponta que na prática clínica diária, o direito à autonomia é exercido sob a forma de consentimento informado, e que este, “só será verdadeiramente autônomo na sua decisão se o paciente receber todas as informações disponíveis relativas à sua situação clínica atual, for capaz de as compreender e, finalmente, apresentar competência para expressar a sua escolha”.

Ao abordar sobre a DAV, Faria (2021, p.32) entende que tal documento assenta a noção de autonomia e autogoverno, pois através deste, o indivíduo como forma de manifestação da sua liberdade, estabelece as suas próprias regras de acordo com as suas crenças e valores. O autor explana que as DAV podem assumir duas modalidades que não se excluem mutuamente:

Testamento Vital (TV): documento escrito em que o indivíduo manifesta antecipadamente a sua vontade relativamente a intervenções médicas específicas que deseja ou não receber caso não se encontre capaz de tomar decisões autonomamente perante situações específicas; O Plano Avançado de Cuidados (PAC)⁸ visa reforçar o valor das DAV/TV.

O trabalho desenvolvido por Araújo (2022, p.41) compreende que a capacidade de renúncia a tratamentos e cuidados médico-hospitalares pressupõe “quatro momentos: a capacidade de decidir sobre valores, a capacidade para compreender os fatos, a capacidade para compreender as alternativas e a capacidade para se autodeterminar com base na informação obtida” apontando para um diálogo médico-paciente “deixando este a par dos caminhos que podem ser percorridos, ajudando-o no exercício da autonomia, na escolha das melhores práticas dentro do seu espectro de mundo”. O autor salienta ainda que, “em situações de terminalidade, cada vez mais exige uma participação ativa nos caminhos a serem travados em seu percurso terapêutico, evocando o princípio fundamental norteador de toda a humanidade, que é a dignidade humana”, analisando o Testamento Vital, esmiúça que este surge “em um momento evolutivo, onde a medicina paternalista que vigorou durante anos não encontra mais bases para prosperar”. O Testamento Vital (TV), então, vem a ser um modelo de DAV que tem por foco o momento de terminalidade da vida, o que está em causa é a recusa informada de um tratamento desproporcional.

As Diretivas Antecipadas de Vontade são inspiradas no *living will* (testamento vital) estadunidense, tal documento não possui atributo regulamentar no Brasil; o que para Bittencourt (2021, p.26) aponta “insegurança jurídica da classe evidenciando a necessidade urgente de regulamentação da eutanásia”. Neste sentido, Araújo (2022, p.4) afirma a necessidade de documentações, tanto em âmbito nacional quanto internacional, em termos bioéticos para a regulações de leis, “pois, à medida que se toca em um tema tão sensível, um maior conhecimento e educação voltados para o entendimento dos melhores métodos a serem utilizados, e de que forma podem ser implementados, se tornam fundamentais”.

De acordo com os estudos de Nunes (2016), as DAVs contribuem para o empoderamento dos doentes, reforçando o exercício do seu legítimo direito à autodeterminação em matéria de cuidados de saúde, principalmente, no que diz respeito à recusa de tratamentos

⁸ Plano Avançado de Cuidados (PAC) “Consiste numa intervenção desenhada para compreender a concepção e as experiências de doença do paciente, fornece informação sobre as opções de tratamento disponíveis, seus benefícios e riscos e auxilia na redação das suas preferências de tratamento.” (FARIA 2021, p.52).

desproporcionados, além de facilitar o planejamento do momento da morte, o que vai direcionar futuras decisões de familiares e de profissionais de saúde.

4.1.4 Principais reflexões destacadas acerca da eutanásia

A revisão dos trabalhos pesquisados sob a temática da eutanásia aponta para a importância da humanização da prática dos profissionais de saúde e para o enfrentamento com seriedade, do “sofrimento inútil”, pois “a dolorosa inutilidade do sofrimento do outro deveria suscitar em nós mesmos atitude do “cuidar” (PACHECO, 2022, p. 62); a necessidade de inserção na formação de profissionais do cuidado em saúde, temáticas relacionadas ao morrer com dignidade, bem como a ampliação do debate na sociedade em geral (NETO & AMORIM, 2020, p.58); atualização legislativa sobre a prática da eutanásia para que esta não confunda quantidade de vida com qualidade de vida, para que não haja com isso, “a banalização do sofrimento de quem vive, cumprindo um tal “respeito” ao direito à vida, porém, apunhalando, por meio do mesmo sofrimento, a sua autonomia de vontade e dignidade” (BRITTO 2020, p.79); que a dignidade humana deve reger toda a vida e ações de uma pessoa, sendo assim, “obrigar alguém a viver em sofrimento é verdadeiramente uma violação à sua dignidade”(WALDER & COURA 2020, s.p); o respeito à dignidade sustenta uma posição favorável à eutanásia. (PEREIRA, 2019); ampliação da abordagem da tanatologia na grade curricular de cursos de medicina, incluindo discussões sobre biodireito e bioética, assim como atualização e formação continuada para os profissionais já formados (CANO et al 2020, s.p); regulamentação da DAV como ferramenta jurídica ancorada no princípio ético de autonomia e dignidade (BITTENCOURT 2021); a morte necessita de amparo jurídico, é necessário resguardar e respeitar a opção do indivíduo em relação à forma de sua morte, buscando uma morte digna, entendo que “a vida deve ser uma opção não uma obrigação”, “é necessário que a dignidade do paciente prevaleça sobre qualquer progresso científico ou tecnológico” (CARDIN & NERY 2020, p. 111; 115); é necessária a legalização da eutanásia, visto que a criminalização caminha em direção oposta aos princípios da bioética e do biodireito (SILVA et al, 2022); discutir amplamente acerca da melhoria da saúde pública, enfrentamentos dos avanços tecnológicos e legalização da eutanásia a fim de se encontrar soluções sociais (ARAÚJO, 2022).

4.2 Integralidade em saúde na revisão integrativa

[...] do ponto de vista existencial, o cuidado se acha a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de facto. Quer dizer, o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. E, se fizer, ela sempre vem acompanhada de cuidado e imbuída de cuidado (Boff 2004, p. 89).

Ao discutir a temática da Integralidade em saúde, deve-se buscar no conceito de integralidade, uma das principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sua principal premissa. Neste sentido, o Ministério da Saúde do Brasil (2013, p.24), ao abordar a promoção da saúde entende a integralidade como:

Princípio fundamental do Sistema Único de Saúde que abrange três dimensões: a abordagem integral do ser humano, visto em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais; a ampliação da percepção dos profissionais e serviços de saúde na relação com os usuários para o acolhimento de suas histórias, condições de vida e necessidades em saúde; e o modo de organizar a atenção à saúde de forma a ampliar o acesso a todos os níveis de complexidade abrangendo ações de assistência, promoção, proteção e recuperação da saúde

O conceito de integralidade, é ordenador do cuidado, Penha e outros autores (2022, p.1) enfatizam que este deve ser compreendido “como um conjunto articulado e contínuo de ações preventivas e curativas, em todos os níveis de complexidade, individuais ou coletivas. Esta prevê um olhar ampliado e holístico sobre o indivíduo, respeitando a singularidade, desejos e crenças e considerando a autonomia”. O cuidado integral em saúde este é definido como:

o conjunto de ações interligadas que perpassam todos os níveis de atenção à saúde, considerando a integralidade do sujeito e envolvendo os setores que intervêm nos determinantes sociais da saúde. Busca-se a qualidade técnica e ética por meio do reconhecimento dos direitos, da subjetividade e das referências culturais do usuário, garantindo o respeito às questões de gênero, etnia, raça, situação econômica, orientação sexual, entre outros. (BRASIL, 2013, p.20).

Ao adentrar nos achados sobre a temática abordada nos estudos contemplados na categoria Integralidade em saúde, expressos no Quadro 3 observa-se que dificilmente pode-se falar de perspectiva integralidade em saúde sem que se toque na instância do cuidado em saúde; o cuidado em saúde remete de antemão a uma nova modalidade de relacionamento dentro das equipes de saúde e em relação ao sujeito, esta relação com vistas à produção de cuidado vai muito além do simples ato prescritivo, tutelar e assujeitador (adotado pela medicina convencional, que além de fragmentária, mostra-se reducionista, visto que enaltece as dimensões exclusivamente biológicas dos pacientes, em detrimento das considerações psicológicas e sociais), trata-se de uma relação dialógica que volta-se ao sujeito como um ser biopsicossocial, visando fortalecer potências dos sujeitos para enfrentar a vida e fomentar autonomia. A

integralidade em saúde remete ainda o acolhimento de necessidades, “e isso complexifica o olhar na produção do cuidado, exigindo um processo de trabalho que integre os saberes e fazeres de diversas profissões e os atos de cuidado dos próprios usuários” (QUEIROZ et al, 2021, p.2).

No tocante ao cuidado em saúde, Eugênio Paes Campos, em seu livro *Quem Cuida do Cuidador* (2005), traz uma rica colaboração neste sentido, pois propõe a abordagem do paciente como um todo, na qual os aspectos relacionados à sua história pessoal, seus hábitos, sua forma de tratar a doença e a estruturação de seus sintomas devem ser levados em conta e compreendidos pelo profissional de saúde. Na mesma esteira, Cecílio (2006) ressalta que possibilitar a promoção do cuidado favorece a prática da integralidade a partir da troca de saberes e esforços mútuos; entende o conceito de integralidade como mais do que uma das diretrizes do SUS, é a finalização do cuidado, que tem como intuito a promoção de uma resolutividade máxima, dentro dos conhecimentos atuais disponíveis, para o problema de saúde que o sujeito está vivendo.

Queiroz e outros autores (2021, p.2) reforçam que a perspectiva da integralidade em saúde se norteia com a produção de cuidado “levando em consideração as necessidades dos usuários de modo negociado e inclusivo, bem como a articulação do conhecimento para o aprendizado ativo das dinâmicas relacionais e interacionais”, nessa ótica os sujeitos são autônomos, produtores de cuidado e não meramente consumidores de serviços. Os autores salientam que o modelo de cuidado, “estão alicerçadas nas tecnologias relacionais, na clínica ampliada e na abordagem centrada na pessoa”. O compromisso desta produção de cuidado está direcionado a necessidades objetivas e subjetivas capaz de produzir relações simétricas geradoras de vínculo e cuidado corresponsabilizado.

Ao abordar a integralidade por meio de um estudo de caso clínico Farjado e outros autores (2021, p.6), trazem uma importante colaboração ao demonstrarem que o cuidado integral é uma construção com múltiplos e diversos olhares, com contribuições e responsabilidades coletivas. Nossa cultura ocidental moderna ainda parte de um modelo científico-positivista, fragmentado, “que afastou o sentir e o saber e enfatizou a dimensão biológica em detrimento da dimensão psicossocial, a articulação transversal das temáticas humanísticas busca contribuir para a construção de um cuidado que observe a integralidade”.

Um dos desafios contemporâneos é pensar a singularidade das experiências em um ambiente voltado ao controle da doença, que em alguns momentos sobrepuja-se ao indivíduo, o qual não é mais visto como dono de si, passando a rotina de cuidado a controlar suas vontades, gostos e ações (FARJADO et al, 2021, p.6).

O trabalho de Tofani e outros autores (2022), entende as necessidades em saúde como dinâmicas e históricas, deste modo ao considerarem a integralidade como uma construção amparam-se na formulação de Cecílio e Matsumoto (2011) para explicitar que este deve ser produzido em seis dimensões – individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

O estudo de Correa e outros autores (2019) compreende o que o cuidado integral acontece quando todas as dimensões (corpo, alma e espírito) recebem uma atenção holística. Para os autores, a integralidade do cuidado apresenta-se como um constructo capaz de estabelecer relações mais concretas e plenas.

4.2.1 Principais reflexões destacadas acerca da Integralidade em Saúde

Em suma, os trabalhos analisados apontam a integralidade como um ordenador dos cuidados em saúde (PENHA et al, 2022); que visa uma prática dialógica (FARJADO et al, 2021); é voltada ao sujeito como um ser biopsicossocial, fortalecendo potências para enfrentar a vida e fomentar autonomia, além de estar direcionada a necessidades objetivas e subjetivas capazes de produzir relações simétricas geradoras de vínculo e cuidado corresponsabilizado (QUEIROZ et al, 2021); e que este se estabelece quando todas as dimensões (corpo, alma e espírito) recebem uma atenção holística (CORREA et al, 2019). Os autores ainda salientam a importância da integralidade no enfrentamento do olhar biomédico assujeitador, focado apenas em dimensões exclusivamente biológicas e para tal fazem um apelo do resgate da integralidade do ser humano na prática assistencial e ampliação na formação dos trabalhadores em saúde tendo a integralidade como conteúdo fundamental para direcionar as suas ações profissionais.

4.3 Educação médica na revisão integrativa

Transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador. Se se respeita a natureza do ser humano, o ensino dos conteúdos não pode dar-se alheio à formação moral do educando (FREIRE, 2004, p.19).

No que diz respeito aos aspectos analisados sobre a educação médica tendo como pano de fundo a correlação deste tema como os demais abordados nesta pesquisa, pode-se observar a unanimidade dos trabalhos em apontar as lacunas na formação sobre os temas: terminalidade de vida e morte. Compreende-se que o “ensino-aprendizagem podem ser caracterizados dentro de um conjunto de mecanismos mantenedores ou não de relações de poder”, neste sentido, tal “conjunto de valores que definem formal ou informalmente o que é necessário ser aprendido e como isso deve ser executado”; os modelos de ensino centrados no médico especialista dão maior relevância às disciplinas tradicionais do currículo e colocam as habilidades humanísticas em segundo plano fragilizando a formação, que por conseguinte tende a imprimir uma visão puramente biológica da questão da morte(SANTOS et al, 2020, p.2).

Petry & Biasoli (2021, p.4) contextualizam que no processo de formação acadêmica, ocorre a construção social do médico por meio do estudo de conteúdos técnicos, atitudes e comportamentos, mas também pelo exercício da vivência ético-moral, ao salientar a importância do ensino axiológico (o ensino de valores humanos) indicam que este “tem o potencial de despertar o futuro médico para os valores humanos, a fim de que ele não se torne completamente imune e indiferente à dor alheia, o que sacrificaria a sua capacidade de empatia”.

Sakai (2020, p.9) salienta que, a formação médica tradicional, possui um contato limitado com atividades acadêmicas que abordem a terminalidade da vida. “Esta tendência provavelmente o levará muitas vezes à não aceitação e à não compreensão do processo de Morte”, fazendo que o profissional seja treinado para “ser o principal responsável técnico a fim de combater e decidir o momento e as circunstâncias do morrer”. A autora destaca, que adquirir e desenvolver habilidades para lidar com a morte tornam menores as chances de frustrações ou condutas desumanizadas por parte dos profissionais da saúde. Em sua pesquisa, aponta, que tanto os acadêmicos quanto os profissionais da área de saúde com frequência sentem-se pouco preparados e inseguros, dada a escassez do tema morte durante as suas respectivas graduações. Ao fazer um apelo para a integração do cuidado em saúde em todos os níveis de atenção a autora destaca que;

a perda da humanização e da integralidade deixa transparecer a dicotomia entre saúde e doença, entre prevenção e assistência. A dor, a aflição, o sofrimento e a Morte não se incluem na detecção das patologias e em sua prevenção, exceto pelo olhar biológico do corpo humano e parece não ser um foco central na formação dos profissionais da saúde. (SAKAI,2020, p.36).

Lisboa e outros autores (2021) ao analisarem a humanização na formação médica, apontam que, notadamente os acadêmicos de medicina apresentaram uma postura mais centrada no próprio médico que tende a negligenciar o processo de sofrimento ou ainda a fala do paciente

em relação a sua doença, tal processo de desumanização indicam uma formação paternalista acarretadora de uma relação médico-paciente trucada e hierarquizada. Corroborando esta afirmativa de tendência a formação desumanizada, Sakai (2020, p.36) indica:

A educação médica precisa direcionar os profissionais durante a sua formação para uma atenção menos fragmentada e comprometida com a ética do cuidado, cujo contexto deveria estar inserido no enfrentamento do processo de morte e morrer. Sem essas premissas básicas, não é possível falar em cuidado integral e humanização do cuidado.

Ao avaliar como a morte é abordada na educação médica, Sakai (2020, p.42) afirma que o processo formativo se preocupa com a técnica e as formas de tratamento, deixando como secundários os aspectos (emocionais, espirituais e sociais do ser humano), evidenciando assim que “o ensino é voltado para os procedimentos, e em geral os futuros profissionais são preparados para a excelência no controle da cura, promoção da vida e, conseqüentemente, negação da Morte”. De acordo com o estudo desta autora, demonstrou-se através dos relatos dos alunos de Medicina, a importância e necessidade de se fazer reflexões pertinentes à finitude humana no processo educativo no intuito de a morte ser encarada com naturalidade e conduzida de forma ética e humanizada, “evitar a morte a qualquer custo temendo o fracasso, pode diminuir a qualidade do atendimento prestado, além de provocar no profissional, adoecimento psíquico e psicossomático, solidão, isolamento e outros males. É necessário admitir que a Morte poder ser “a cura”.

Há uma grande ênfase em disciplinas que instrumentalizam o profissional no cuidado para a preservação da vida ou cura das doenças, mas pouco ou nenhum respaldo oferecem para abordar o cuidado às pessoas que vivenciam a terminalidade (SAKAI 2020, p.62).

Gomes (2021) ao estudar a temática da eutanásia na formação médica, discorre que, os conhecimentos em ética influenciam a capacidade de decisão em assuntos relativos à terminalidade de vida, assim como, indica a sensação de despreparo relatada pelos profissionais na tomada de decisão compartilhada que protagonize a autonomia do paciente, deste modo, o ensino deficitário em ética afeta a qualidade da decisão terapêutica. No que concerne a tomada de decisão em uma formação atualizada de qualidade, a autora salienta que deve-se considerar o impacto sociocultural nos processos de tomada de decisão. “É ético e consensual considerar que, no limite, a decisão clínica deve ser guiada pela vontade, crenças e sistema de valores do doente”, neste sentido a didática de um ensino sólido das teorias bioéticas, assegura um ambiente de aprendizagem seguro.

O estudo de Puente-Lopez e outros autores (2023), sobre as atitudes médicas frente à eutanásia indica a fragilidade dos profissionais diante dos conceitos de morte e eutanásia em

pacientes terminais. Compreendem que autoconsciência dos profissionais sobre as suas atitudes face à eutanásia e a sua adaptação aos códigos éticos vigentes, poderiam melhorar a relação terapêutica e a qualidade dos cuidados.

Na mesma esteira, o trabalho de Rodríguez-Calvo e outros autores (2019, p.495), aponta que os médicos participantes da pesquisa consideram a ética um assunto importante no currículo das ciências da saúde, refletindo sua visão de que a educação ética é parte importante da preparação para os inevitáveis conflitos morais da prática profissional. A pesquisa constata que a maioria dos profissionais concorda com a legislação e a prática da eutanásia em pacientes terminais e 84% dos participantes consideram que as pessoas deveriam poder decidir livremente sobre a própria morte.

Ainda neste aspecto, a pesquisa realizada por Silva (2021) demonstra uma certa incompreensão do que seja eutanásia, ortotanásia e distanásia por parte dos profissionais, bem como confusão e incoerência dos que se posicionaram a favor da prática da eutanásia, também posicionarem-se por prolongar o sofrimento (a vida), deste modo, a autora posiciona-se para uma revisão do conteúdo de formação profissional para maior clareza diante desses fenômenos, com fins de uma prática menos mercantilista e mais humana.

Costa e outros autores (2019, p.666) também evidenciam o desconhecimento e incompreensão dos termos eutanásia, ortotanásia e distanásia; “a diferença entre esses conceitos muitas vezes é desprezada, dificultando sua compreensão e a formação de opinião”. Na mesma esteira Pereira e outros autores (2019, p. 70) constata que, a maioria dos acadêmicos afirmam “não se sentir preparados para lidar com a morte, além da dificuldade de lidar com os aspectos gerais da terminalidade, como a própria finitude da vida, aceitação da não cura, e falhas na comunicação, especialmente quando envolve más notícias”. A pesquisa de Oliveira (2020) demonstra que a falta de conteúdos e treinamentos em cuidados de fim de vida, como a comunicação adequada, pode provocar nos estudantes e futuros médicos, dificuldades e “desconforto para lidar com pacientes que estão vivendo seus últimos dias sem possibilidade terapêutica, o que pode ser fonte de ansiedade e sofrimento tanto para os futuros médicos como para os doentes e a família. ” Já o trabalho de Melo e outros autores (2022, p.301) salienta que, a falta de apoio institucional para que estudantes lidem com suas angústias diante de situações de morte é apontada como fator que poderia influenciar, posteriormente, sua capacidade profissional relacionada a essas questões.

O fracasso de um processo de formação mais crítico, reflexivo e transversal pode resultar na formação de médicos que buscam exclusivamente salvar vidas e encontram dificuldades em lidar com a morte do paciente, uma vez que passam a questionar seus limites e competências profissionais diante da morte (MELO et al, 2022, p. 313).

Barros (2021, p.27) ao analisar a racionalidade médica sobre problemas bióticos no fim de vida, leciona que a partir do surgimento da anatomia-patológica como arsenal da técnica na medicina, todo o aparato daí desenvolvido, como diagnóstico e a terapêutica, é dedicado, a identificar doenças e alcançar suas causas, “Daí surge a concepção de saúde como ausência de doenças”, neste modelo de assistência o enfoque é a cura, desconsiderando o paciente e família como peças centrais de cuidado.

as escolas médicas estão falhando na formação dos estudantes ao abordarem os conteúdos éticos como um conjunto de saberes a serem apenas transmitidos, ao invés de encará-los como uma caixa de ferramentas que o estudante deve desenvolver a fim de aperfeiçoar o fazer a partir das relações com o outro. A construção deste novo paradigma ancora-se numa racionalidade crítica e emancipatória dos sujeitos e das instituições formadoras, com vistas a um novo modo de viver a profissão médica. (BARRROS 2021, p.75).

A autora observa em sua pesquisa que o foco das intervenções médicas tem sido as questões biológicas em detrimento das questões familiares, sociais, emocionais e espirituais; o Brasil tem sido insuficiente no que tange ao desenvolvimento de infraestruturas que apoiem pacientes e cuidadores em doenças avançadas; os médicos se sentem despreparados e pouco confiantes na prestação dos cuidados paliativos; há dificuldade de se defrontar com a morte e pouca habilidade na comunicação com o paciente e sua família; o ensino da ética médica permanece desorganizado na matriz curricular; as abordagens sobre a morte e o fim de vida são fugazes e superficiais nas graduações. Aponta o ensino de “Bioética como lugar de diálogo interdisciplinar, com vistas à reflexão, à discussão e à ação, auxiliando a tomada de decisão” (BARRROS 2021, p.66).

A formação e prática médica sofreram variações ao longo da história, de acordo com os avanços científicos e também de valor cultural, nesse sentido, “é difícil defender uma posição teleológica (segundo a qual a medicina teria objetivos inerentes e fiéis ao mandato hipocrático)”, uma vez que, “a inclusão do princípio do respeito pela autonomia do paciente como mandato ético fundamental, ausente no código hipocrático, demonstra que a medicina reformula e repensa os seus limites e possibilidades com base em novos consensos” (AURENQUE, 2021, p.1374).

Tendo em vista a mudança de paradigma para o cuidado centrado na pessoa, numa abordagem que preze a integralidade também deve-se englobar as relações sociais, familiares e comunitárias na percepção e interferência no processo de adoecimento. No Brasil, as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) surgem num movimento de “evitar que a medicina se encerrasse no tecnicismo”, recomendam que os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, reforçam que o

graduando seja formado a partir do respeito à ética profissional, cuidado centrado na pessoa e do reforço aos princípios do SUS, envolve uma concepção ampliada de saúde, que valorize o vínculo com os pacientes e se pautem pela integralidade das condutas (APRATTO JUNIOR et al, 2023; COSTA et al 2019, p.643; BARROS 2021, p.73; 89). Torna-se vital, o reforço de uma formação médica que se afaste de um modelo de formação tecnicista, que se amplie os avanços contidos em “propostas de ensino que incorporem o foco no indivíduo, o desenvolvimento da integralidade da assistência e o trabalho interdisciplinar como meio de ampliar o cuidado ao paciente” (MELO et al 2022, p.313).

4.3.1 Principais reflexões destacadas acerca da Educação Médica

Os artigos pesquisados revelam que os modelos de ensino centrados no médico especialista dão maior relevância às disciplinas tradicionais do currículo (SANTOS et al, 2020); que a formação acadêmica desempenha um importante papel na construção axiológica do profissional, despertando a capacidade de empatia, sendo esta primordial ao exercício ético (PETRY & BIASOLI 2021); contudo, a formação médica é limitada em abordar os aspectos relativos à morte e à terminalidade da vida (SAKAI, 2020; BARROS, 2021); o caráter paternalista indicam desumanização na formação médica (LISBOA et al, 2021); sinalizam, a sensação de despreparo relatada pelos profissionais na tomada de decisão compartilhada que protagonize a autonomia do paciente, bem como a inabilidade de lidar com a morte (GOMES, 2021; PEREIRA et al 2019; OLIVEIRA, 2020; MELO et al 2022); fragilidade médica mediante a atitudes que envolvem a morte e eutanásia (PUENTE-LOPEZ et al, 2023); bem como o alarmante cenário de incompreensão e desconhecimento dos termos eutanásia, ortotanásia e distanásia (SILVA, 2021; COSTA et al 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar. Eduardo Galeano (1994, p.310).

O conhecimento constrói-se de rupturas - o que hoje é uma verdade inquestionável passa a ser uma questão discutível ou mesmo ultrapassada num espaço de tempo relativamente curto; ou do aparecimento de novas ou modificação das realidades, nesse hiato reside a ciência em seu caminhar passo a passo no que hoje nos parece utópico. No decorrer desta pesquisa fica evidente a escassez na abordagem da temática sobre a eutanásia na educação médica, compreende-se que tal fato leva em conta o momento histórico que marca a prática da eutanásia como criminalizada no Brasil. O tema da morte como um tabu e ainda atrelada à ideia de fracasso pela medicina trazem consigo barreiras ao abordarem a terminalidade de vida seja na formação ou na prática médica.

Embora incipiente, os estudos encontrados são unânimes em reconhecer o direito da pessoa de dispor sobre os rumos da sua vida e de seu corpo, especialmente quando em condições de terminalidade de vida, dando luz a princípios éticos de dignidade e autonomia. Se, como sociedade plural, aceitarmos a existência de uma vasta gama de modos de vida boa, não podemos silenciar mediante ao pedido de uma “boa morte”, sendo este o último ato da vida, não se encontra justiça mediante a obrigatoriedade à vida.

Faz-se necessário o amparo jurídico no debate sobre a eutanásia que alicerce cenários diversificados, fundamentada em um modelo de boa morte que se propõe acolher incondicionalmente o paciente promovendo qualidade de vida, autonomia e dignidade. No âmbito médico, torna-se imprescindível o caminhar científico que dê lugar ao cuidado, a corresponsabilidade no tratamento e amparo ao sofrimento; é necessário dar voz ao sujeito em adoecimento e permitir que este possa ser protagonista de sua história, dispondo sobre os rumos da sua vida e de seu corpo, especialmente quando em condições de terminalidade de vida, dando luz a princípios éticos de dignidade e autonomia para um posicionamento de não omissão diante do sofrimento humano, garantindo respeito à autodeterminação. Neste intuito, surgem as Diretivas Antecipadas de Vontade (DVA) como possibilidade de auxílio jurídico, que resguarda o direito de a pessoa doente exercer a sua autodeterminação.

A criminalização da eutanásia evidencia uma banalização dos princípios de autonomia/autodeterminação e dignidade, em detrimento do respeito à vida a todo custo, aponta

ainda, para a fragilidade da humanização da prática dos profissionais de saúde, principalmente ao que tange a horizontalização do tratamento, onde o paciente não é passivo como um objeto, mas corresponsável por seu tratamento. É imprescindível que aspectos como sofrimento e cuidado, por muitas vezes confundidos ou entendidos como iguais à dor e cura, sejam inseridos com mais robustez na formação em saúde, para que assim possamos entender com seriedade a prevalência da autodeterminação sob qualquer progresso científico e tecnológico.

A Integralidade em Saúde pressupõe o amparo do paciente como um ser biopsicossocial, o cuidado integral em saúde é uma prática dialógica e deve ser pautado na corresponsabilidade terapêutica, neste sentido, os aspectos relacionados à história pessoal, hábitos, forma de tratar a doença, bem como a experiência do sofrimento, (sendo esta entendida como subjetiva), no qual apenas o sujeito seria capaz de mensurar e indicar por meio do exercício de sua autonomia o quanto ou até quanto de intervenções é capaz de suportar em busca de uma melhoria de sua doença e/ou qualidade de vida, devem ser levados em conta e compreendidos pelo profissional de saúde. Ancorar uma terapêutica com foco na cura e dor, além de simplista, aponta sérias lacunas a serem superadas na oferta de cuidado integral em saúde.

Acredita-se que munidos dos princípios bioéticos, os profissionais de saúde podem exercer uma racionalidade crítica, não moralizante, empreendendo soluções diferenciadas e pautadas na dignidade humana, em meio a um modelo de cuidado biomédico, paternalista e controlador, de modo a horizontalizar escolhas e tomadas de decisão quanto aos recursos para sustentar ou não a vida, bem como para que o paciente possa apontar a intensidade de sofrimento que está disposto a sustentar quando não há mais possibilidades de cura.

A produção científica a respeito da eutanásia, ainda não aponta esta como estratégia de cuidado integral em saúde, tendo como base a corresponsabilidade terapêutica e os princípios bioéticos de autonomia e dignidade humana, há muito que se caminhar neste sentido. Nessa lógica, enfatiza-se para a continuidade dos debates sobre o tema visando o aprimoramento dos estudos científicos sobre a terminalidade da vida, tanatologia e cuidados paliativos, entendendo que para além do alívio da dor é necessário o alívio do sofrimento, e que para tal, vigora a necessidade de potencializar os debates em relação à dignidade humana e o exercício da autonomia do paciente sobre seu processo de finitude entendendo que esses pilares possuem uma dimensão subjetiva atrelados à experiência do sofrimento e necessitam de amparo jurídico para a contemplação de um cuidado em saúde integral, conforme preconizado pela política do SUS; aponta-se ainda, para a necessidade de uma política nacional que alicerce cenários diversificados, fundamentada em um modelo de boa morte que se propõe acolher

incondicionalmente o paciente promovendo qualidade de vida, que não se omite diante do sofrimento na terminalidade da vida.

Por derradeiro, destaca-se como uma das limitações desta revisão o caráter restrito de um dos critérios de elegibilidade, visto que se optou por contemplar literaturas de produção científica no âmbito nacional, não permitindo que esta represente o cenário global das discussões sobre eutanásia, pois, a intenção maior, neste momento, é a investigação com fins diagnósticos de como têm se abordado a respeito da eutanásia e da corresponsabilidade terapêutica como estratégia de cuidado integral em saúde na formação médica no Brasil, visando a um melhor conhecimento e enfrentamento dessa complexa questão.

Em suma, evidencia-se a necessidade em dar centralidade na construção de boas práticas de fim de vida e corresponsabilidade terapêutica/autonomia do paciente em todos âmbitos, principalmente na formação acadêmica, a fim de se ultrapassar o modelo biomédico, paternalista e direcionado à cura e ter como horizonte terapêutico o cuidado integral do paciente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, H. R. A. DE, & MELO, C. de F. (2018). **Práticas de ortotanásia e cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal: Uma revisão sistemática da literatura.** *Enfermería Global*, 17(3), 529–574. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.299691>
- APRATTO JUNIOR, P. C., CHEVITARESE, L., COSTA, A. M. P., CHEVITARESE, S., NEY, M. S., & DA SILVA, L. A. (2023). O ENSINO DE CUIDADOS PALIATIVOS NA GRADUAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA: UM OLHAR MULTICÊNTRICO. *Arquivos De Ciências Da Saúde Da UNIPAR*, 27(8), 4754–4769.
- ARAÚJO, C. M. C., SILVA, C. A. DA, OLIVEIRA, E. S. DE, SCWINZEKEL, G. G. L., SOARES, L. G. V., NUNES, Y. DA S., & GREGÓRIO NETO, J. (2022). **Reflexões sobre o testamento vital como diretiva antecipada de vontade, na perspectiva dos princípios da autonomia e da dignidade de vida.** *International Journal of Health Management Review*, 8(1). <https://doi.org/10.37497/ijhmreview.v8i1.309>
- ARAÚJO, S, L, R. **A Autonomia do Doente Competente no Direito à Escolha de Viver ou Morrer: Uma perspectiva bioética e de direitos humanos ao repensar a morte em vida.** Dissertação de Mestrado em Direitos Humanos. 2022. Universidade do Ninho.
- AURENQUE, D. **Existe uma contradição entre o ethos médico e a eutanásia?** *Rev. Chile, Santiago*, v. 9, pág. 1372-1376. 2021.
- BACON, F. **History of life and death.** In: Spedding, J.; Leslie R. & Heath, D. D. (Ed.). *The works of*
- BARBOSA, G. S. D. S., & LOSURDO, F. (2018). **Eutanásia no Brasil: entre o Código Penal e a dignidade da pessoa humana.** *Revista De Investigações Constitucionais*, 5(Rev. Investig. Const., 2018 5(2)), 165–186. <https://doi.org/10.5380/rinc.v5i2.52151>
- BARCHIFONTAINE C, de P de. **Bioética: a ética da vida, da saúde e do meio ambiente.** *Rev. Coren SP* 2007: 70:4-5.
- BARCHIFONTAINE, C, de P de; PESSINI, L. **Problemas atuais de bioética.** São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- BARROSO, L, R. **Legitimidade da recusa de transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová. Dignidade Humana, Liberdade Religiosa e Escolhas Existenciais.** Parecer Jurídico, Rio de Janeiro, 05 de abril de 2010.
- BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. **Principles of Biomedical Ethics.** 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 1979.
- BERTÉ, R. XIMENES, I, B. SILVA, J, de J. **Morte digna: o direito à autonomia de vontade no processo de morrer.** Teresina: Dinâmica Jurídica, 2016. Edição digital

BENSUSAN, H. (2020) "**E daí? Todo mundo morre**": a morte depois da pandemia e a banalidade da necropolítica. N-1 edições (Pandemia crítica, n. 105). <https://www.n-1edicoes.org/textos/6>

BITTENCOURT, N, V. **Eutanásia: um direito à morte digna**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas, Graduação em Direito, Florianópolis, 2021.

BRANDALISE, V. B., REMOR, A. P., CARVALHO, D. DE., & BONAMIGO, E. L. (2018). **Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário**. *Revista Bioética*, 26(2), 217–227. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018262242>

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional nº 105/2019**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências**. Brasília, 2014. Disponível: <https://bit.ly/37G86uH>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília, DF, 2013.

BRITTO, N, P, R, A de. **A EUTANÁSIA NO BRASIL E EM PORTUGAL SOB A PERSPECTIVA UTILITARISTA E CONSTITUCIONAL**. Universidade Autónoma de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Direito. Lisboa. 2020

BOFF, L. (2004). **Saber e Cuidar: Ética do humano - Compaixão pela terra**. 11.^a ed. Petrópolis, RJ: Vozes 11.a edição.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. Em Tese: *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, v. 2, n. 1 (3), janeiro-julho, 2005.

BOTELHO, L. L. R., CUNHA, C. C. D. A., & MACEDO, M. (2011). **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais**. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-36

CARDIN, V. S. G., & MORAES G, N, L. (2020). **A EUTANÁSIA COMO FORMA DE GARANTIA DA AUTONOMIA DA VONTADE**. *Revista Direitos Humanos E Democracia*, 8(15), 96–107. <https://doi.org/10.21527/2317-5389.2020.15.96-107>

CARVALHO, G, M de. **Suicidio, eutanasia y Derecho penal: estudio del art. 143 del Código Penal español y propuesta de "lege ferenda"**. Granada: Comares, 2009.

CAMPOS, E. P. (2005). **Quem cuida do Cuidador**. Petrópolis: Vozes.

- CANO, C. W. DE A., SILVA, A. L. C. DA, BARBOZA, A. F., BAZZO, B. F., MARTINS, C. P., IANDOLI JÚNIOR, D., BENITES, L. DA S. B., TERCEROS, L. B., & NANTES, R. DOS S. G. (2020). **Finitude da vida: compreensão conceitual da eutanásia, distanásia e ortotanásia.** *Revista Bioética*, 28(2), 376–383. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282399>
- CASTRO, M. P. R. de., ANTUNES, G. C., MARCON, L. M. P., ANDRADE, L. S., RÜCKL, S., & ANDRADE, V. L. Â. (2016). **Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática.** *Revista Bioética*, 24(2), 355–367. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242136>
- CECÍLIO, L. C. O. (2006). **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atuação em Saúde.** In R. Pinheiro (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 115-128). Rio de Janeiro: Uerj, Ims, ABRASCO.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM N° 1.995, de 9 de agosto de 2012.** Diário Oficial da União; Poder Executivo; Brasília, 31 ago. 2012, Seção 1, p.269-270
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006.** Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 227, p. 169, 28 nov 2006 Disponível: <https://bit.ly/3d2XjsH>
- CORREA, I, M, P; ANDRADE, E, A DE; ABDALA, G, A; MEIRA, M, D, D. **Integralidad del ser humano y el cuidado en el proceso salud-enfermedad.** *Cult. cuid.*; 23(54): 15-22, 2019.
- COSTA, T. N. M., CALDATO, M. C. F., & FURLANETO, I. P.. (2019). **Percepção de formandos de medicina sobre a terminalidade da vida.** *Revista Bioética*, 27(4), 661–673. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274349>
- CUNHA, A. M. S. da; DANTAS, H. L. de L.; SANTOS, S. A. dos; COMASSETTO, I.; SANTOS, R. M. dos. **Bioética e morte assistida: liberdade para morrer?** *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, [S. l.]*, v. 10, n. 6, p. e0510615435, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.15435. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15435>. Acesso em: 12 mai. 2023.
- CUNHA, I, D. **Em busca da morte digna: postergar a morte ou deixar morrer? Eis a questão** / Dissertação (Mestrado em Direito) – Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://portal.estacio.br/media/5978/izimar-dalboni-cunha.pdf>
- DREHER, S. **Sobre a dignidade humana no processo do morrer.** *R. Cient./Fap, Curitiba*, v. 4, n. 2, p. 84-106, 2009. Semestral.
- DIÁRIO DE NOTÍCIAS. (2023). **Marcelo promulga decreto sobre eutanásia.** Diário de notícias, Portugal, Lisboa, 16 de maio, 2023.
- DWORKIN, R. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais.** São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- EL PAÍS. (2021). **España aprueba la ley de eutanasia y se convierte en el quinto país del mundo en regularla.** *El País, España*, Madrid, 18 mar.

EL PAÍS. (2020). **Nueva Zelanda se convierte en el primer país que legaliza la eutanasia en referendo.** El País, España, Madrid, 30 oct.

FARIA, D. E. C. **Questões éticas no Fim de Vida. Eutanásia - autonomia e seus limite no Fim de Vida** – Covilhã, Portugal. (2021). Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade da Beira Interior. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/11420/1/8229_17687.pdf

FAJARDO, A, P; KURTZ, D, M; RODRIGUES, E; OROFINO. M; AZEREDO, N, G; PEKELMAN, R; LEISTNER, S, L. **Era uma vez A.: narrativas de integralidade do cuidado.** Diversitates International Journal (ISSN: 1984-5073) Vol. 13, N.2, Julho/Dezembro (2021). DOI: 1053357/SNPD3599

FELIX, Z. C., COSTA, S. F. G. DA ., ALVES, A. M. P. DE M., ANDRADE, C. G. DE ., DUARTE, M. C. S., & BRITO, F. M. DE .. (2013). **Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(9), 2733–2746. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade.** São Paulo: Martins Fontes. 2º edição 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 2004

FREIRE, R. **Sem tesão não há Solução.** Rio de Janeiro. Guanabara. 1987.

FREITAS N, A, D. **Medicina e cuidados paliativos: o conceito de” boa morte” na contemporaneidade.** 2012. Tese de Doutorado. Universidade da Beira Interior.

GOLDIM, J. R. **Eutanásia.** 2004b. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm>

GOLDIM, J. R. **Suicídio Assistido.** 2004c. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/suicass.htm>

GOMES, A, R, M da, F, O. **Autonomia em fim de vida: eutanásia - a propósito de um caso partilhado com estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior.** Dissertação de Mestrado em Medicina – Universidade Beira Interior – UBI. 2021.

KOVÁCS MJ. **Bioética nas questões da vida e da morte.** Psicol USP [Internet]. 2003;14 (Psicol. USP, 2003 14(2)):115–67. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642003000200008>

LAVOR, F. P. F. (2019). **Mistanásia: Uma breve análise sobre a dignidade humana no Sistema Único de Saúde no Brasil.**

LISBOA, K, O; MANSO, G, G; SARMENTO, I, P; BERNARDES, V, R, M; USEVISIUS,P, M, A; CARDOSO, H,C. **A prática da humanização na formação médica: realidades, paradoxos e perspectivas.** Brazilian Journal of DevelopmentISSN: 2525-876160653Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.6, p.60653-60669jun.2021

MACHADO, F. **O PROCESSO DA EUTANÁSIA NO BRASIL E NO MUNDO.** Toledo Prudente Centro Universitário. 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Casa/Desktop/8543-67654597-1-PB.pdf>

MARANHÃO, J. L. S. **O que é morte**. São Paulo: Brasiliense. 1996.

MARTINS, C.P. Possibilidades, limites e desafios da humanização no SUS. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras – UNESP- (2010).

MATTOS, D; RAMOS, E; VELOSO, R. **Entre a autonomia da vontade kantiana e o princípio da autonomia de Beauchamp e Childress: uma discussão acerca da autonomia e da dignidade humana na Bioética e no Direito**. *Perspectiva Filosófica*, Vol. 42, nº 1, 2015, ISSN: 23579986.

MBEMBE, A. (2018). **Necropolítica**. São Paulo, sp: n-1 edições.

MELO, V. L., MAIA, C. Q., ALKMIM, E. M., RAVASIO, A. P., DONADELI, R. L., PAULA, L. O. E. DE, SILVA, A. E., & GUIMARÃES, D. A. (2022). **Morte e morrer na formação médica brasileira: revisão integrativa**. *Revista Bioética*, 30(2), 300–317.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos** [online]. Rio de Janeiro: Garamond; Editora FIOCRUZ, 2004, 228 p. ISBN: 978-65-5708-112-9. <https://doi.org/10.7476/9786557081129>.

MESSETTI, P. A. S.; DALLARI, D. de A. **Dignidade humana à luz da Constituição, dos Direitos Humanos e da bioética**. *J. Hum. Growth Dev.*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 283-289, 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152176>.

MINAHIM MA. **A autonomia na relação médico-paciente: breves considerações**. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2020 jan./mar.; 9(1): 85-95. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.601>

MOREIRA P. H.C. **Terminalidade e Dignidade** – Lisboa. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas) – Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/44780>

NETO, L, F, do R. & AMORIM, K, P, C. **Eutanásia e suicídio assistido: uma revisão integrativa**. *Rev. Redbioética/UNESCO*, Año 11, 2 (22): 12 - 12 julio - diciembre 2020 ISSN 2077-9445

NOBREGA F. F. S. F. da. **Eutanásia e dignidade da pessoa humana: uma abordagem jurídico-penal** – João Pessoa: [s.n.], 2010.119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/4437>

NUNES R. **Diretivas Antecipadas de Vontade**. Conselho Federal de Medicina/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2016.

PACHECO, A. E. C. **A eutanásia enquanto problema ético e a questão filosófica da morte** – João pessoa. (2022). Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Federal da Paraíba. Disponível em: [AngelaElisaCabralPacheco_Dissert.pdf](https://repositorio.ufpb.br/angela-elisa-cabral-pacheco-dissert.pdf) (ufpb.br)

PAGE, M. J. et al . **A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 31, n. 2, e2022107, 2022. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742022000200033>.

PENHA, J, S; MARQUES, M, C, P; SOUSA, S DE M, A DE; PASSOS, H, M; PINHEIRO, P, N DA, C; FERREIRA, A, G, N. **INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA FILOSÓFICA DE EMMANUEL LÉVINAS.** <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1306> Rev Enferm Atual In Derme v. 96, n. 38, 2022 e-021240

PEREIRA, E. A. L., RANGEL, A. B., & GIFFONI, J. C. G.. (2019). **Identificação do Nível de Conhecimento em Cuidados Paliativos na Formação Médica em uma Escola de Medicina de Goiás.** Revista Brasileira De Educação Médica, 43(4), 65–71.

PEREIRA, R, R. **A eutanásia e suas razões.** O que nos faz pensar, Rio de Janeiro, v.28, n.45, p. 546-570, jul.-dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.32334/oqnf.2019n45a636>

PESSINI, L. **Eutanásia: por que abreviar a vida?** São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, L. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo; São Paulo: Loyola, 2007.

PESSINI, L. **Distanásia: até quando investir sem agredir?** Rev Bioet 2009;4(1):1-11

PESSINI, L. **Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha.** Revista Bioética, 2016; 24(1), 54–63. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241106>

PETRY, A. U. S., & BIASOLI, L. F. (2021). **Desafios bioéticos na formação médica: uma perspectiva teleológica e axiológica.** Revista Brasileira De Educação Médica, 45(1), e012.

PUENTE-LOPEZ, Esteban et al. **Questionário de Atitudes de Eutanásia em Pessoal Médico (AHE-PM).** Interdisciplinaria, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 40, n. 1, p. 351-362, abr. 2023.

QUEIROZ, D. M. DE, OLIVEIRA, L. C. DE., ARAÚJO FILHO, P. A. DE, & SILVA, M. R. F. DA. (2021). **Desafios e potencialidades para produção do cuidado integral na Atenção Primária à Saúde brasileira.** Revista Brasileira De Enfermagem, 74(5), e20210008. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0008>

RODRÍGUEZ-CALVO, M, S; SOTO, J, S; MARTÍNEZ-SILVA, I, M; VÁZQUEZ-PORTOMEÑE, F; MUÑOZ-BARÚS, J, I. **Atitudes em relação a eutanásia e suicídio medicamente assistido em estudantes universitários espanhóis.** University of Santiago de Compostela (USC), Santiago de Compostela, Espanha.. University of Vigo (UVigo), Vigo, Espanha. Revista Bioética Print version ISSN 1983-8042 On-line version ISSN 1983-8034 Rev. Bioét. vol.27 no.3 Brasília July/Sept. 2019 Doi: 10.1590/1983-80422019273333

RUIDIAZ-GÓMEZ KS, CACANTE-CABALLERO JV. **Desarrollo histórico del concepto Calidad de Vida: una revisión de la literatura.** Rev. cienc. cuidad. [Internet]. 1 de septiembre de 2021. 18(3):86-99. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciacycuidado/article/view/2539>

- SÁ, M. DE F. F. E NAVES, B. T. de O. **Bioética e Biodireito**. 5. ed. – Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2021.
- SAKAI, A, P, F,S. **A MORTE NA FORMAÇÃO MÉDICA: OFICINA DE LEITURA LITERÁRIA COMO ESTRATÉGIA HUMANÍSTICA NO ENSINO EM SAÚDE**. Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica, do Centro Universitário do Estado do Pará. 2020
- SANTOS, V. H. DOS, FERREIRA, J. H., ALVES, G. C. A., NAVES, N. M., OLIVEIRA, S. L. DE ., RAIMONDI, G. A., & PAULINO, D. B.. (2020). **Currículo oculto, educação médica e profissionalismo: uma revisão integrativa**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190572. <https://doi.org/10.1590/Interface.190572>
- SARLET, I. W. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.
- SCHIMITH MD, SIMON BS, BRÉTAS ACP, BUDÓ M de LD. **Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde**. *Trab educ saúde* [Internet]. 2011Nov;9(Trab. Educ. saúde, 2011 9(3)):479–503. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000300008>
- SILVA, A, B. **A Permissibilidade Moral da Eutanásia Voluntária para deontologistas e consequencialistas**. Universidade de Lisboa. 2022 - 13, 221-262, Lisboa: CFUL. <https://doi.org/10.51427/cfi.phl.2022.0006>
- SILVA, L. M. S., MELLO, R. S. V. DE, & FIORINI, B. H. M. (2022). *Eutanásia: o silencioso direito de morrer*. *LIBERTAS DIREITO*, 3(2).
- SOUZA, M. T. DE ., SILVA, M. D. DA ., & CARVALHO, R. DE .. (2010). **Integrative review: what is it? How to do it?**. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
- SILVA, P. E. S.. (2021). **O MÉDICO FACE À EUTANÁSIA EM SÃO LUÍS - MA**. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 20(1), 29–36. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v20.1-004>
- SILVA, S. G. **Eutanásia, Finitude e Biopolítica**. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, v. 13, n. 1-2, p. 331-368, 2013.
- TOFANI, L. F. N., FURTADO, L. A. C., ANDREAZZA, R., NASSER, M. A., & CHIORO, A.. (2022). **Construção da integralidade na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: o cuidado para além dos serviços**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 26, e210690. <https://doi.org/10.1590/interface.210690>
- VILANOVA, L. M; FROHLICH, C. B; KIERNIEW, J. G. **Fazer viver, deixar morrer: considerações ético-políticas em cuidados paliativos para tempos de covid-19 no Brasil**. *Rev. SBPH, São Paulo*, v. 25, n. 2, p. 42-54, dez. 2022. Disponível em <http://dx.doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v25.482>.
- ZONTA, B. M. ., FERREIRA, D. C. ., SBORZ, G. ., SANTOS, I. M. ., OLIVEIRA, J. P. DE ., SEBOLD, L. S. ., & HUNTERMANN, R. . (2022). **TANATOLOGIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**. *REVISTA FOCO*, 15(2), e 379. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v15n2-025>

ZULIN, F.A.F. **A eutanásia e o princípio da dignidade humana.** Direito.net, 2020. Não paginado. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/11913>

WALDER, L., & COURA, L. (2020). **A INSUSTENTÁVEL CERTEZA DA MORTE: A EUTANÁSIA E O SOFRIMENTO INVISÍVEL.** *ENCICLOPEDIA BIOSFERA*, 17(32). Recuperado de <https://conhecer.org.br/ojs/index.php/biosfera/article/view/7>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life S.** d. (2007).