

Eutanásia - Problemas éticos da morte e do morrer

Márcio Palis Horta

Neurocirurgião; ex-presidente e conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal; membro da Comissão de Ética da Sociedade Brasileira de Neurologia

O presente artigo apresenta uma súmula sobre as diversas formas de eutanásia, na busca da delimitação de seu conceito. Demonstra também a clara distinção entre eutanásia e a não-utilização de terapias médicas destinadas ao prolongamento artificial da vida de pacientes terminais, às custas de terríveis sofrimentos para estes. Salienta a imperiosa necessidade de se pôr um termo ao grave problema da distanásia nos hospitais brasileiros. Finalmente, defende o direito à vida como o primeiro direito do ser humano e condição de todos os demais.

UNITERMOS - Eutanásia, distanásia, obstinação terapêutica

CAMPO SANTO

Na minha terra
a morte é minha comadre.

...

A grande tarefa é morrer.

...

Enegrecidas de chuva e velas,
adornadas de flores sobre as quais
sem preconceito as abelhas porfiam,
a vida e a morte são uma coisa só.

...

Ressurgiremos. Por isso
o campo santo é estrelado de cruzes.

Adélia Prado

Desde seu início, a espécie humana busca uma resposta para o mistério da morte. Para os que procuram entender a morte, ela é uma força altamente criativa. Os grandes valores da vida podem originar-se da reflexão sobre a morte. A meta dos filósofos tem sido elucidar o seu significado. Sócrates entendia que filosofar significava simplesmente estudar o problema da morte. Através dos tempos, inúmeros pensadores buscaram encontrar seu significado nas vidas humanas e, à medida que o esclareciam, contribuía também para a compreensão do significado da vida. Disse Thomas Mann: "sem a morte haveria muito poucos poetas na terra". E todos eles tocaram o profundo segredo da vida enquanto falavam sobre a morte. No dizer de Elizabeth Kübler-Ross, "a chave para o problema da morte abre a porta da vida".

A morte sempre existiu e sempre existirá entre nós porque morrer é parte integral da vida e da existência humana, tão natural e previsível como nascer. Por que, então, é tão difícil morrer? Por que, na sociedade moderna, a morte transformou-se num tema a ser evitado de todas as maneiras?

Mesmo aceitando a morte como parte integral da vida, é difícil morrer e o será sempre, porque isto significa renunciar à vida neste mundo. Porque a idéia da morte nos traz permanentemente a consciência de nossa vulnerabilidade e de que nenhum avanço tecnológico nos permitirá dela escapar. A morte é indiscriminadamente democrática. Todos devem morrer, bons ou maus, ricos ou pobres, pessoas famosas ou anônimos desconhecidos. Sua imprevisibilidade e inevitabilidade é o que aterroriza a maioria das pessoas. É o que diz Roberto Freire: "Não pedi e não escolhi de quem, por que, onde, e quando nascer. Da mesma forma não posso decidir quando, como, onde, de que e por que morrer. Essas coisas me produzem a sensação de um imenso e fatal desamparo, uma insegurança existencial permanente". Esse medo tornou-se exponencialmente maior em nossa sociedade moderna, adoradora da juventude, idólatra da tecnologia, do progresso, do poder e dos bens materiais e iconoclasta da intangível mas imanente espiritualidade da espécie humana. Por isso, essa sociedade tornou a morte estranha aos homens. Quer escondê-la por todos os modos, varrendo-a, qual avestruz, para debaixo do tapete. Pretende-se esquecer que há um "tempo de nascer e tempo de morrer", como nos ensina o Livro do Eclesiastes.

Nos tempos modernos, já não se morre mais como antigamente, a morte esperada no leito, os últimos desejos, a família reunida, as crianças presentes. Ninguém é mais vítima do totêmico tabu em que a sociedade contemporânea transformou a morte que as crianças. Ao privá-las da experiência de vivenciar a morte e o morrer, afastando-as das pessoas que estão morrendo, criamos nelas as raízes de um medo irracional, por vezes definitivo, ao mesmo tempo em que as tornamos incapazes de lidar com sua futura mas inexorável morte, retirando-lhes, assim, "a chave da porta da vida".

Na sociedade tecnológica moderna, morrer é algo que acontece no hospital. E o moribundo, freqüentemente, já está inconsciente e se encontra numa unidade de terapia intensiva.

De sua parte, a instituição *hospital* também passou por uma radical transformação. Nos seus primórdios, ela se destinava aos pobres e desvalidos que estivessem para morrer. Eram basicamente instituições de caridade cristã. Após os enormes avanços científicos e tecnológicos da medicina neste século XX, transformou-se em instituição fundamentalmente voltada para os processos de tratamento e cura. Ao se transformar em instituição comprometida com o processo de cura, os pacientes à morte se transformam numa ameaça à sua precípua função. Como nos lembra Hans O. Mauksch, no livro *O contexto organizacional do morrer*: "No centro da atual ênfase tecnológica na história do sucesso da cura, o paciente cujo mal não pode ser curado, o ser humano que está à morte é inexoravelmente tido como um fracasso daqueles profissionais e instituições".

Há que se relevar que provém do elevado mister da medicina de preservar a vida, seu legítimo esforço na luta contra a morte, buscando impedi-la ou tentando retardá-la. Essa natural inclinação não pode e não deve, contudo, obscurecer-lhe a consciência de ser a morte a culminância de um processo natural - o processo da vida.

O fato é que - concomitantemente ao progresso científico e tecnológico da medicina - ela se tornou, nos dias atuais, fria, distante, impessoal, menos humana, enfim. Exatamente à imagem e semelhança dos modernos hospitais e dos profissionais que neles atuam, cada dia mais preparados tecnicamente para lidar estritamente com os aspectos biológicos da vida e cada dia mais despreparados para a relação médico-paciente, para o contato humano, para o relacionamento interpessoal integral e, mais ainda, para o estar simplesmente com o paciente à morte, confortando-o nos seus momentos finais, amparando-o, ouvindo-o, aceitando-o; amando-o, enfim, como seu semelhante. Aliás, em nenhum outro momento os seres humanos são mais semelhantes entre si do que na hora das suas mortes. Mais uma vez recorro à Kübler-Ross para constatar que a medicina moderna tem diante de si este dilema: o de continuar sendo uma profissão humanística e humanitária, e só assim respeitada, ou uma nova mas despersonalizada ciência, cuja finalidade é prolongar a vida em vez de mitigar o sofrimento humano.

A evolução do conceito de morte

Se é inconteste que os avanços tecnológicos na área da saúde contribuíram e continuam a contribuir para salvar muitas vidas e minorar-lhes o sofrimento, trouxeram-nos, todavia, inúmeros problemas éticos a enfrentar, entre eles o que diz respeito à definição ou conceito de morte. Sua tradicional definição como o instante do cessamento dos batimentos cardíacos tornou-se obsoleta. Hoje, ela é vista como um processo, como um fenômeno progressivo e não mais como um momento, ou evento. Morrem primeiro os tecidos mais dependentes do oxigênio em falta, sendo o tecido nervoso o mais sensível de todos. Três minutos de ausência de oxigenação são suficientes para a falência encefálica que levaria à morte encefálica ou, no mínimo, ao estado permanente de coma, em vida vegetativa.

Segundo Leocir Pessini, a revisão do conceito de morte, definindo-a como morte encefálica, tornou-se necessária devido a diversos fatores, entre os quais destaca: a capacidade da medicina de prolongar indefinidamente uma vida por meios artificiais; motivos sociais, humanos e mesmo econômicos (para os casos irrecuperáveis); e o fato de as cirurgias de transplantes exigirem órgãos em perfeitas condições de vitalidade, para o seu sucesso. Desse novo contexto, nos diz ele, emergem questões éticas até aqui inéditas. A vida humana deve ser sempre preservada, independentemente de sua qualidade? Devem-se empregar todos os recursos tecnológicos para prolongar um pouco mais a vida de um paciente terminal? Devem-se utilizar processos terapêuticos cujos efeitos são mais nocivos do que os efeitos do mal a curar? Quando sedar a dor significa abreviar a vida, é lícito fazê-lo? O que fazer com os nascituros portadores de malformações congênicas do sistema nervoso central cujas vidas, se mantidas obstinadamente, significarão a condenação ao sofrimento permanente ou a um estado meramente vegetativo?

O cenário da morte e do morrer se transforma não só para os pacientes incuráveis e terminais, mas também para os próprios médicos. Estes chegam até a pôr em discussão um dos princípios deontológicos no qual tradicionalmente sempre se inspiraram. Desde a antiguidade, no juramento de Hipócrates, obrigavam-se eles a jamais administrar medicamentos letais mesmo a pedido do paciente. Que sucederia se viesse a cair esse pilar da ética médica? Creio que a própria relação médico-paciente estaria comprometida, pois que seu principal elemento - a confiança no médico - seria definitivamente abalada por incontornável suspeição. Imagine-se a situação do doente perguntando para si mesmo se a próxima injeção é para ajudá-lo a curar-se ou para matá-lo.

É o que nos diz o Guia Europeu de Ética e Comportamento Profissional dos Médicos: "Recorrer ao médico significa, em primeiro lugar, pôr-se em suas mãos. Essa ação, que domina toda a ética médica, proíbe, conseqüentemente, ações contrárias a ela. Assim, o médico não pode proceder à eutanásia. Ele deve esforçar-se por suavizar os sofrimentos de seu paciente, mas não tem o direito de provocar deliberadamente sua morte (...). Essa regra, conhecida de todos e respeitada pelos médicos, deve ser a razão e a justificação da confiança neles posta. Nenhum doente, ao ver o médico chamado à sua cabeceira, deve ter dúvida a esse respeito".

Tal entendimento, por mais inequívoco e transparente que seja, não deve nos conduzir à insensibilidade diante de alguns argumentos levantados pelos que defendem a mudança desta norma deontológica. Um dos mais consistentes nos lembra que a angústia mais profunda do moribundo de nossos dias é a de ser abandonado no momento em que, segundo a ciência médica, não há mais nada a fazer. Outro, nos diz que a própria medicina cria situações desumanas e depois se recusa a assumir responsabilidade por elas. E, ainda, que, muitas vezes, o próprio médico, apelando para valores hipocráticos, na verdade abandona o doente, porque a morte não é da sua competência. O lado positivo desses argumentos, aponta Sandro Spinsanti, teólogo católico e bioeticista italiano, "está na exigência de reflexão sobre a finalidade da profissão médica, nos termos concretos de sua prática atual"; e ainda ao fato de que: "as novas condições do morrer obrigam os médicos a se ocuparem também da morte do ser humano".

Aliás, para desideologizar o debate sobre a eutanásia há que se desfazer os equívocos de que se nutre o apaixonado debate sobre esse que é sem dúvida um dos pontos mais delicados da ética médica contemporânea. O principal responsável por esses equívocos é a própria palavra "eutanásia", tanto no aspecto semântico quanto no seu significado conotativo.

Os conceitos de eutanásia

O pioneiro brasileiro da Deontologia Médica, Flávio Fávero, nos lembra que "euthanásia, etimologicamente (de *eu*, bem, e *thánatos*, morte) é a morte calma", como registra Ramiz Galvão (*Vocabulário etimológico e prosódico*, Rio de Janeiro, 1909). São seus sinônimos etimológicos morte harmoniosa e morte sem angústia; ou ainda, morte sem dor e morte sem sofrimento; e, também, morte fácil e morte boa.

Já nos tempos pré-históricos, havia médicos para apressar a morte, segundo as práticas culturais dos povos primitivos. Na antiguidade greco-romana, o direito de morrer era reconhecido, o que permitia aos doentes desesperançados pôr um fim às suas vidas, algumas vezes com ajuda externa. Tais práticas tiveram seu termo com o surgimento do cristianismo, que introduziu a noção de sacralidade da vida, como um dom de Deus a ser preservado e cultivado. Como os seres humanos devem sua existência, valor e destino a Deus, ninguém mais tem o direito de reivindicar para si o domínio total sobre sua própria vida ou sobre a vida de outrem.

Até o século XVII, eutanásia se referia aos meios para se alcançar a morte boa ou a morte fácil, como, por exemplo, cultivar uma vida sóbria e de temperança, ou pela aceitação da própria mortalidade. Em 1605, com Francis Bacon, em *Advancement of Learning*, a eutanásia passa a se integrar aos domínios da medicina com a conotação de aliviar o sofrimento de doentes terminais, até apressando a sua morte, se preciso fosse. Paradoxalmente, Bacon se inspirava nos conceitos humanísticos e cristãos de bem-estar e dignidade do ser humano para defender a longevidade, livre de enfermidades e da senectude, como o mais nobre propósito da medicina e a morte livre da dor e do sofrimento, como objeto das habilidades médicas. Este significado de provocar a morte indolor de um doente terminal, sem chances de recuperar a saúde, prevalece até os dias atuais.

Fala-se hoje em morte piedosa e até em suicídio assistido, como eufemismo de eutanásia, para explicitar a situação de se pôr termo deliberadamente à vida de uma pessoa enferma, a pedido explícito ou presumido desta, em nome da compaixão por quem está sofrendo, numa condição considerada já desumana, e de sorte a dar término a esse sofrimento. A "Declaração sobre Eutanásia", da Igreja Católica, de maio de 1980, reitera esse conceito: "Entendemos por eutanásia uma ação ou omissão que por sua natureza ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar a dor".

A eutanásia pode ser voluntária ou involuntária. Eutanásia voluntária, solicitada por aquele que sofre, tem sido descrita como suicídio assistido ou homicídio por requisição. Eutanásia involuntária implica numa decisão da sociedade ou de um indivíduo em pôr fim à vida daquele que sofre, sem que este exprima sua vontade, como, por exemplo, nos casos de crianças com grave deficiência mental ou das pessoas dementes e inconscientes. Outras distinções, também clássicas, são as de eutanásia ativa e passiva, direta e indireta. A eutanásia é ativa quando a morte é provocada; é passiva quando a morte advém da omissão de medidas indispensáveis para salvar a vida. Do ponto de vista moral, não é relevante se se põe fim a uma vida por ação ou omissão.

Os equívocos sobre eutanásia passiva e distanásia

Nos últimos anos, a expressão "eutanásia passiva" trouxe formidável confusão aos debates ao ser estendida para aquelas situações em que se cogita da suspensão de certas terapias médicas destinadas ao prolongamento da vida de pacientes terminais, ou seja, deixar a natureza seguir os seus caminhos. Existe uma distinção clara entre este "deixar morrer", decorrente da aceitação da condição humana, tanto do suicídio quanto da "eutanásia passiva". Hoje, a pergunta que deve ser feita é: existem situações nas quais, mesmo sendo possível prolongar a vida, é moralmente justificado omitir a ação médica? Diz Sandro Spinsanti que "a omissão é legítima quando se deixa que o paciente entre naturalmente no processo de morrer, renunciando-se ao enrijecimento que qualificamos de obstinação terapêutica". Segundo ele, "o médico dominado pela obstinação considera seu dever exclusivo prolongar o mais possível o funcionamento do organismo do paciente, em qualquer condição em que isso ocorra, ignorando toda dimensão da vida humana que não seja a biológica e, sobretudo, negligenciando a qualidade de vida que é conseguida desse modo e a vontade explícita ou presumida do paciente.

O preço dessa obstinação é uma soma indizível de sofrimentos gratuitos, tanto para o moribundo quanto para seus familiares".

Cai-se aqui no extremo oposto à eutanásia dos antigos, no seu antônimo, a distanásia, para definir esta violenta deformação estrutural do processo natural do morrer.

A outra fonte de equívocos trazidos pela expressão "eutanásia passiva" decorre do erro de não se fazer distinção entre doença terminal e doença aguda. Ambas são entidades fisiopatológicas distintas e o que é apropriado para uma pode não ser para outra. Sondas, infusões venosas, antibióticos, respiradores e reanimação cardíaca são medidas utilizadas em doenças agudas para assistir um paciente durante um período crítico até a recuperação da saúde. Geralmente, usar tais medidas em pacientes terminais, sem nenhuma expectativa de recuperação, é tratamento impróprio e, portanto, má medicina. Um médico tem o dever de manter a vida enquanto ela seja sustentável, mas não tem nenhum dever - legal, moral ou ético - de prolongar o sofrimento de um moribundo.

A distinção entre ação direta e indireta é também clássica na filosofia moral. Na eutanásia indireta, a ação produz a morte, mas a intenção daquele que age não é a supressão da vida. Contrariamente à crença popular, é possível aliviar a dor no câncer terminal. Além disso, para aliviar esta dor, bem como a dor de outras origens, raramente é necessário embotar a consciência. A expressão "eutanásia indireta" tem sido usada para descrever a administração de drogas para alívio da dor em pacientes com câncer terminal. Isto é incorreto; aplicar uma droga para diminuir a dor não é o mesmo que aplicar uma dose letal para pôr fim à vida. É comumente aceito que se a vida pode ser encurtada pelo uso de determinadas drogas, este é um risco aceitável em tais circunstâncias. Todo tratamento tem um risco inerente; um risco maior é aceitável em situações extremas. Contudo, é axiomático que, mesmo em situações extremas, deve ser usado o remédio necessário menos drástico. O exemplo típico de situação extrema é o da superdose de analgésicos narcóticos, aplicados para aliviar as dores do paciente e não para matá-lo. Pio XII aplicou explicitamente esta distinção, que se baseia na teoria do duplo efeito, à terapia da dor: "Se a administração dos narcóticos causa, por si mesma, dois efeitos distintos, a saber, de um lado, o alívio das dores e, do outro, a abreviação da vida, é lícita". Acrescentou, porém, que é necessário ainda considerar se entre os dois efeitos existe proporção razoável e se as vantagens de um compensam os inconvenientes do outro.

Essa distinção nem sempre oferece regras precisas para situações de conflito. Surgiu, assim, a distinção entre meios ordinários e extraordinários. Por esse critério, os esforços para salvar uma vida ou prolongá-la podem ser lícitamente omitidos quando extraordinários. Na prática médica, contudo, o critério da extraordinariedade dos meios é de uso difícil, a não ser que esteja ligado a algum outro critério, como, por exemplo, o de apreciação subjetiva do paciente. De outra parte, um meio ordinário clássico, como o uso de antibiótico em pneumonia, pode se tornar impróprio em determinada situação concreta, como nos pacientes com diagnóstico de morte encefálica já estabelecido. A insatisfação com essa terminologia no âmbito da ética, decorrente de tais imprecisões, deu origem a nova distinção, a saber, entre meios proporcionados e desproporcionados. Esta tem a vantagem de introduzir como critério uma apreciação subjetiva da vida e da sua qualidade. Aceitando o critério da qualidade de vida, a ética recorda à medicina que ela deve estar a serviço não só da vida, mas também a serviço da pessoa. Se o prolongamento da vida física não oferece mais à pessoa nenhum benefício, ou até mesmo lhe fere a dignidade do viver e do morrer, torna-se desproporcionado qualquer meio para esse fim.

Ainda dentro do aspecto conceitual da eutanásia, temos que nos referir a duas situações especiais, não necessariamente ligadas ao doente terminal. É o que Pessini chama de eutanásia neonatal, em que determinados tratamentos deixam de ser utilizados ou até mesmo se subtrai a alimentação, em crianças com defeitos congênitos do sistema nervoso central. E, em segundo lugar, a eutanásia dita social, seja a econômica ou a eugênica, em que a sociedade se recusa a investir recursos no tratamento de doentes com enfermidades sem perspectiva de cura e de custos elevados ou simplesmente pretende eliminar, como na ótica perversa do nazismo, os excepcionais do ponto de vista físico ou mental.

O direito à vida e o direito à morte

Definidas as questões conceituais em torno da eutanásia, e entendido o significado bem delimitado que a expressão passou a ter nos dias atuais, resta-nos abordar a questão central da eutanásia voluntária: o desejo, a vontade e o "direito de morrer". A conjectura em favor da eutanásia depende, em última análise, de se considerar que uma pessoa tem, ou deveria ter, o direito de decidir sobre que quantidade de sofrimento ela está preparada para aceitar e, quando esse limiar for atingido, se ela tem o "direito de morrer", com a finalidade de pôr fim ao sofrimento. A expressão "direito de morrer" é, todavia, usada numa variada gama de condições incluindo o direito do paciente de não ser submetido a terapias inapropriadas ou inoportunas e o de receber medicamentos para aliviar a dor, mesmo sob o risco de abreviação da vida. Esta ambigüidade limita o valor da expressão numa discussão séria.

Contra a eutanásia voluntária, resta a negação do direito de pôr fim à própria vida, isto é, a negação do direito ao suicídio. Tal negação se baseia em considerações filosóficas, morais e religiosas. O argumento religioso, desde tempos imemoriais, estendia à vida da própria pessoa a aplicação do mandamento "não matarás", baseado no princípio da sacralidade da vida. Hoje, já se pode dizer que o valor ético da vida humana existe e é reconhecido *per se*, independente do valor a ele atribuído pelas diversas religiões. A norma moral, enquanto fundada na razão, pode ser universalizada a todos os seres que seguem a razão. O princípio no qual se fundamenta a norma moral que condena a eutanásia é o mesmo que condena o aborto provocado e a pena de morte - a dignidade da vida do ser humano. O primeiro direito da pessoa humana é a sua vida. Ela tem outros bens que são preciosos, mas a vida é fundamental e é condição de todos os outros. Por isso, esse bem deve ser protegido acima de qualquer outro.

Tal entendimento norteou a Associação Médica Mundial a declarar, em 1950, que a eutanásia voluntária é contrária ao espírito da Declaração de Genebra e, por essa razão, antiética, no que foi seguida pelas Associações Médicas Nacionais em todo o

mundo. Nos anos recentes, as ciências jurídicas também incorporaram o princípio da norma moral em defesa absoluta da vida, formulando o princípio jurídico segundo o qual o direito à vida deve ser entendido como um direito absolutamente indisponível, a ser tutelado pelo Estado até contra a vontade do indivíduo.

Este mesmo conceito aplica-se ao suicídio medicamente assistido, que nos últimos anos ganhou enorme cobertura dos meios de comunicação, em âmbito mundial. Trata-se da situação em que um médico fornece a pessoas que desejam pôr fim a suas vidas, em função de doença grave incurável ou terminal, os meios para tal. A Associação Mundial de Psiquiatria considera que o suicídio medicamente assistido, assim como a eutanásia, é eticamente inadequado e deve ser condenado pela profissão médica. Quando a assistência do médico é intencional e dirigida deliberadamente para possibilitar que um indivíduo termine com a sua própria vida, o médico atua de forma eticamente inadequada.

Se não há, por tudo que dissemos, nenhum motivo válido para reformular o juízo ético segundo o qual é ilícito qualquer atentado contra a própria vida, isto não deve nos desobrigar de refletir sobre o significado de alguns gestos suicidas porque muitas vezes eles nada mais são que um veemente protesto contra as condições de vida impostas pela medicina moderna aos doentes terminais. Constatando-se que se trata de verdadeira vontade de morrer, a ética nos obriga a outra tarefa de discernimento: a distinção entre a vontade sã e a patológica. Nem todos aceitam que possa haver vontade sã de morrer. É Freire, em assumido agnosticismo, quem nos diz que o suicídio transmite a falsa impressão de se ter algum poder sobre a vida. "Mas quem me garante", diz ele, "que o suicídio é realmente um ato voluntário? Acredito que todos os suicidas buscam a morte contra a vontade, violentando-se, dominados pelo desejo onipotente de dar um sentido à vida e outro à morte, como se esta fosse um substituto para aquela e não apenas dois degraus da mesma escada em direção ao nada". Entendemos que a vontade de morrer não pode, contudo, ser excluída, de modo absoluto, do projeto humano de vida. Ao contrário, ela pode exprimir a aceitação positiva da própria humanidade como essencialmente limitada no tempo. Há um "tempo de nascer e tempo de morrer", como já citado anteriormente.

Finalmente, lembra-nos Spinsanti, quando a vida física é considerada o bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria. A medicina promove implicitamente esse culto idólatra à vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte.

Rebelarmo-nos contra a organização médica do morrer é tarefa inadiável. Atualmente, a medicina e a sociedade brasileiras têm diante de si um desafio ético, ao qual é mister responder com urgência - o de humanizar a vida no seu ocaso, devolvendo-lhe a dignidade perdida. Centenas ou talvez milhares de doentes estão hoje jogados a um sofrimento sem perspectiva em hospitais, sobretudo nas suas terapias intensivas e emergências. Não raramente, se acham submetidos a uma parafernália tecnológica que não só não consegue minorar-lhes a dor e o sofrer, como ainda os prolonga e os acrescenta, inutilmente.

Abstract - EUTHANASIA - Ethical Problems of Death and Dying

This article presents a summary of the various forms of euthanasia, in an attempt to delimit its concept. It also makes a clear distinction between euthanasia and the non-utilization of medical treatments aimed at the artificial prolongation of terminally-ill patients, at the expense of terrible suffering on their part. It stresses the urgent need to end the serious problem of slow, anxiety-ridden and painful dying in Brazilian hospitals. Finally, the right to life as the foremost right of the human being and as a necessary condition for all other rights is advocated.

Bibliografia

- Duncan AS, Dunstan GR, Welbourne RB. Dictionary of medical ethics. New York: Crossroad, 1981.
- Fávero F. Noções de deontologia médica e medicina profissional. Rio de Janeiro: Bibliotheca Scientifica Brasileira, 1930.
- Freire R. Sem tesão não há solução. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987
- Humber JM, Almeder RF. Biomedical ethics and the law. New York: Plenum Press, 1979
- Kubler-Ross E. Morte: estágio final da evolução. São Paulo: Record, 1975.
- Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987
- Pessini L. Morrer com dignidade. Aparecida: Santuário, 1999.
- Prado A. O coração disparado. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977
- Reich WT, editors. Encyclopedia of bioethics. New York: Free Press, 1982.
- Spinsanti S. Ética biomédica. São Paulo: Paulinas, 1990.
- Walton DN. On defining death. Montreal: McGill, 1979.

Endereço para correspondência:

SHIS QI 27, conj. 20, casa 03
71675-200 Brasília-DF