

Edson Silva  
(Organizador)

Atena  
Editora  
Ano 2022

Serviços e cuidados  
**NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE 2**



Edson Silva  
(Organizador)

Atena  
Editora  
Ano 2022

Serviços e cuidados

# NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE 2



**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



## Serviços e cuidados nas ciências da saúde 2

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Yaidy Paola Martinez  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Edson da Silva

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S491 Serviços e cuidados nas ciências da saúde 2 / Organizador Edson da Silva. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0169-8

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.698220305>

1. Saúde. I. Silva, Edson da (Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)



**Atena**  
Editora  
Ano 2022

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



## APRESENTAÇÃO

A coletânea '*Serviços e cuidados nas ciências da saúde*' é uma obra composta por 50 capítulos, organizados em dois volumes. O volume 1 foi constituído por 26 capítulos e o volume 2, por 24.

O foco da coletânea é a discussão científica por intermédio de trabalhos multiprofissionais desenvolvidos por autores brasileiros e estrangeiros.

Temas atuais foram investigados pelos autores e compartilhados com a proposta de fortalecer o conhecimento de estudantes, de profissionais e de todos aqueles que, de alguma forma, estão envolvidos na estrutura do cuidado mediado pelas ciências da saúde. Além disso, conhecer as inovações e as estratégias desses atores é essencial para a formação e a atualização profissional em saúde.

Dedico essa obra aos estudantes, professores, profissionais e às instituições envolvidas com os estudos relatados ao longo dos capítulos. Gratidão aos autores que tornaram essa coletânea uma realidade ao partilhar suas vivências.

A você...desejo uma ótima leitura!

Edson da Silva




## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE INTERNAÇÕES POR DENGUE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS NO ESTADO DO TOCANTINS ENTRE OS ANOS DE 2016 A 2021**


Lívia Moreira da Silva  
Fernanda Carriço Lemes  
Letícia Lelles David Gomes Melo  
Michelle de Jesus Pantoja Filgueira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982203051>

### **CAPÍTULO 2..... 11**

#### **CONSIDERAÇÕES SOBRE A CIRURGIA BARIÁTRICA E OBESIDADE EM ADOLESCENTES: INDICAÇÕES, TÉCNICAS, TRATAMENTO E PÓS- OPERATÓRIO**


Sandy Vanessa César Cadengue  
Brunna Pinheiro Milazzo Mesquita  
Camille Walkyria Bugar Costa  
Eduarda Regina Pelizza  
Isadora Campos de Oliveira  
Laura Gomes Martucci  
Maria Fernanda Neto Vieira  
Natacha da Silva Estevão Cáceres Marques  
Nayara Bruna Pauferro de Souza Pacheco  
Yngre Campagnaro Nogueira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982203052>

### **CAPÍTULO 3..... 22**

#### **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO COM ICTERÍCIA FISIOLÓGICA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Helena Raquel Severino  
Joanderson Nunes Cardoso  
Maria Sabrina da Silva Alencar  
Jhane Lopes de Carvalho  
Shady Maria Furtado Moreira  
Davi Pedro Soares Macêdo  
Uilna Natércia Soares Feitosa  
Izadora Soares Pedro Macêdo  
Edglê Pedro de Sousa Filho  
Kely Gomes Pereira  
Prycilla Karen Sousa da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982203053>

### **CAPÍTULO 4..... 31**

#### **PRAZER E SOFRIMENTO NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**


Janice Schimelfenig  
Grasiele Fatima Busnello

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982203054>

**CAPÍTULO 5..... 43**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL POBLADO DE AQUILES SERDÁN, CHAMPOTÓN, CAMPECHE**


Betty Sarabia-Alcocer  
Baldemar Aké-Canché  
Rafael Manuel de Jesús Mex-Álvarez  
Eduardo Jahir Gutiérrez Alcántara  
Román Pérez-Balan  
Marvel del Carmen Valencia Gutiérrez  
Pedro Gerbacio Canul Rodríguez  
María Eugenia López-Caamal  
María Concepción Ruíz de Chávez-Figueroa  
Carmen Cecilia Lara-Gamboa  
Patricia Margarita Garma-Quen  
Judith Ruíz Hernández.

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982203055>

**CAPÍTULO 6..... 54**

**ALEITAMENTO MATERNO NA PREMATURIDADE**


Carina Galvan  
Rosane Maria Sordi  
Liege Segabinazzi Lunardi  
Terezinha de Fátima Gorreis  
Flávia Giendruczak da Silva  
Andreia Tanara de Carvalho  
Adelita Noro  
Paula de Cezaro  
Rozemy Magda Vieira Gonçalves  
Ana Paula Narcizo Carcuchinski

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982203056>

**CAPÍTULO 7..... 62**

**EUTANÁSIA NO BRASIL: DILEMAS MÉDICO-LEGAIS & BIOÉTICOS FRENTE A TERMINALIDADE**

Maria Eduarda Kobayashi Teixeira  
Giovanna Almeida da Silva de Sá Oliveira  
Janaína Dourado Ramos Rôde  
Catharina Oliveira Vianna Dias da Silva  
Almir Ramos Carneiro Neto  
Raul Coelho Barreto Filho


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982203057>

**CAPÍTULO 8..... 74**

**PROCESSOS ÉTICOS EM ENFERMAGEM**

Danielly da Costa Rocha  
Ana Beatriz Oliveira Costa  
Jhully Sales Pena de Sousa


Luini Aiesca, Senna de Luna  
Stefane Ferreira de Souza  
Thalia Kelly Caetano de Sousa  
Tarcia Millene de A. C. Barreto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982203058>

**CAPÍTULO 9..... 88**

**TREINAMENTO DE UMA REMADORA FINALISTA DOS JOGOS PARALÍMPICOS RIO 2016**


José Paulo Sabadini de Lima  
Thiago Oliveira Borges

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6982203059>

**CAPÍTULO 10..... 95**

**GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA NO TERRITÓRIO: DISPOSITIVO TERAPÊUTICO A USUÁRIOS E FAMILIARES**


Sdnei Gomes dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822030510>

**CAPÍTULO 11 ..... 103**

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO E PRÁTICAS DE HIDRATAÇÃO DE ATLETAS PROFISSIONAIS DE BASQUETE DE FORTALEZA-CE**

Shelda Guimarães Santos  
Marie Pereira de Sousa  
Arlene Machado de Freitas  
Cícero Matheus Lima Amaral  
Abelardo Barbosa Moreira Lima Neto  
Luís Sérgio Fonteles Duarte  
Derlange Belizário Diniz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822030511>

**CAPÍTULO 12..... 110**

**IMPACTO DA TELECARDIOLOGIA NO RECONHECIMENTO DE DIAGNÓSTICOS CARDIOLÓGICOS EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE HAPVIDA**


Vinícius Batista Carlesso  
José Luciano Monteiro Cunha  
Marcelo Sampaio Moreira  
Alexandre Giandoni Wolkoff  
Henrique José Bonaldi  
Carlos Funes Prada  
Flávio Luís Gambi Cavallari  
Juliano Cesar dos Santos  
Luís Fernando Soares Medeiros  
Silvia Nunes Szente Fonseca

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822030512>

**CAPÍTULO 13..... 114**

**EXERCÍCIO FÍSICO NA SÍNDROME CARDIORRENAL**


Danieli de Cristo  
Maiara Vanusa Guedes Ribeiro  
Matheus Ribeiro Bizuti  
Thabata Caroline de Oliveira Santos  
Rafael Luiz Pereira  
Débora Tavares de Resende e Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822030513>

**CAPÍTULO 14..... 123**

**EXTENSÃO MULTIDISCIPLINAR DE DIABETES E HIPERTENSÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**


Lucas Pontes Coutinho  
Catarina Joelma Magalhães Braga

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822030514>

**CAPÍTULO 15..... 128**

**EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**


Larissa Batista Bessa  
Lailton Arruda Barreto Filho  
Eddie William de Pinho Santana

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822030515>

**CAPÍTULO 16..... 134**

**USO DE PLATAFORMA DIGITAL PARA EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA PANDEMIA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Francilene da Silva Chabí  
Fernanda Sousa Barros  
Emilly Nunes Salustiano de Sousa  
Kelly Bessa da Silva  
Gabrielly Sobral Neiva  
Lais Santos da Silva  
Bruna de Araújo Cavalcante  
Tatiane Rocha da Silva Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822030516>

**CAPÍTULO 17..... 142**

**O INSTAGRAM COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE ATIVIDADES INTEGRADAS EM NUTRIÇÃO (PAIN)**

Ana Lídia de Lacerda Abreu  
Alessandra da Silva Rocha  
Victor Vincent Morais de Lima  
Taynah Lemos Gomes  
Ana Bárbara Muniz Araújo  
Antônia Gislayne Abreu da Silva


Vitória Régia Soares Gomes  
Beatriz Melo de Carvalho  
Bruno de Sousa Almeida  
Amanda Maria Serra Pinto  
Keciany Alves de Oliveira  
Maria Luisa Pereira de Melo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822030517>

**CAPÍTULO 18..... 150**

**PRESENÇA E NÍVEL DE ESTRESSE EM MÉDICOS E ENFERMEIROS QUE TRABALHAM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS-MA**

Joacy Gonçalves de Oliveira Filho  
Sílvia Cristianne Nava Lopes  
Aline Silva Andrade Costa  
Érica Celestino Cordeiro  
Júlio César Costa dos Santos  
Pâmela Cirqueira Nunes  
Rafayelle Maria Campos Balby  
William Vieira Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822030518>

**CAPÍTULO 19..... 167**

**ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO EM PROL DA SAÚDE OCUPACIONAL: UMA VISÃO INTERPROFISSIONAL**


Emillie Bianca Silva do Carmo  
Grazielle Maria da Silveira  
Maiki José Gomes Nascimento  
Cinthia Rodrigues de Vasconcelos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822030519>

**CAPÍTULO 20..... 185**

**AVALIAÇÃO MICROBIOLÓGICA DAS MÃOS E AMBIENTES E/EM HOSPITALARES, UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Thabata Vitória da Costa Alves  
Daniele Decanine


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822030520>

**CAPÍTULO 21..... 191**

**A ETIOLOGIA DA ESPOROTRICOSE E SUA ASSOCIAÇÃO COM O CONTEXTO EPIDÊMICO NO BRASIL**

Thayná Marcondes Morato Mateus  
Ana Virginia Xavier da Silveira Godoy  
Brenda Lauanny Ribeiro Da Silva  
Brenda Vieira Silva  
Caroline Sardelari  
Dallet Amorim Paes Almeida  
Emanuely Victória Rodrigues de Andrade

Giovana Boletti Perim  
Guilherme Gomes Morgan Taveira  
Maria Eduarda Veraldo Ramos  
Micaela Lucena Cordeiro  
Natalia Cruz Ferrara  
Nathalia Helena Patricio Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822030521>

**CAPÍTULO 22..... 202**

A RESISTÊNCIA MICROBIOLÓGICA DE *Klebsiella pneumoniae carbapenemase* (KPC)  
EM UNIDADES HOSPITALARES BRASILEIRAS


Graciete de Oliveira Rocha  
Fernanda dos Santos Zenaide

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822030522>

**CAPÍTULO 23..... 213**

USING PERIPHYTON TO MONITOR MICROBIOLOGICAL CONTAMINATION OF  
AQUATIC ENVIRONMENTS


Monyque Palagano da Rocha  
Renata Pires de Araujo  
Heberth Juliano Vieira  
Kelly Mari Pires de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822030523>

**CAPÍTULO 24..... 227**

IMPORTÂNCIA DA FITOTERAPIA NO CONTROLE DAS DOENÇAS PARASITÁRIAS:  
UMA REVISÃO

Kevyn Danuway Oliveira Alves  
Ana Carolyn Diógenes Bezerra  
José Francisco do Vale Nascimento  
Rita de Cassia Aquino  
Ismael Vinicius de Oliveira  
Jael Soares Batista  
Ana Carla Diógenes Suassuna Bezerra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69822030524>

**SOBRE O ORGANIZADOR..... 236**

**ÍNDICE REMISSIVO..... 237**

## EUTANÁSIA NO BRASIL: DILEMAS MÉDICO-LEGAIS & BIOÉTICOS FRENTE A TERMINALIDADE

Data de aceite: 01/04/2022

### **Maria Eduarda Kobayashi Teixeira**

LAMEL – Liga Acadêmica de Medicina Legal  
(EBMSP)  
Salvador, Bahia

### **Giovanna Almeida da Silva de Sá Oliveira**

LAMEL – Liga Acadêmica de Medicina Legal  
(EBMSP)  
Salvador, Bahia

### **Janaína Dourado Ramos Rôde**

LAMEL – Liga Acadêmica de Medicina Legal  
(EBMSP)  
Salvador, Bahia

### **Catharina Oliveira Vianna Dias da Silva**

LAMEL – Liga Acadêmica de Medicina Legal  
(EBMSP)  
Salvador, Bahia

### **Almir Ramos Carneiro Neto**

LAMEL – Liga Acadêmica de Medicina Legal  
(EBMSP)  
Salvador, Bahia

### **Raul Coelho Barreto Filho**

LAMEL – Liga Acadêmica de Medicina Legal  
(EBMSP)  
Salvador, Bahia

## 1 | INTRODUÇÃO

No contexto da medicina atual, a terminalidade é comumente permeada pela institucionalização da morte, refletida pelos

cuidados impessoais que diminuem a autonomia do indivíduo sobre a vida <sup>14</sup>. Logo, as frustrações derivadas desse estágio de vivência das doenças podem resultar no desejo de exercer a autodeterminação sobre a própria morte. A partir disso, surgem as discussões acerca da eutanásia e do direito à experienciar uma morte digna.

### 1.1 Objetivos

Analisar os dilemas médico-legais e bioéticos envolvendo a eutanásia no Brasil, bem como coletar informações a fim de embasar futuras intervenções e discussões acerca do tema.

### 1.2 Palavras-chave

Eutanásia; Bioética; Medicina Legal; Terminalidade.

## 2 | METODOLOGIA

A revisão de literatura foi baseada na seleção e coleta de referências através das plataformas de busca de evidências científicas – PUBMED & SCIELO. O mecanismo de busca utilizado incluiu as palavras-chave, bem como seus sinônimos constatados no DECS (Descritores em Ciências da Saúde). Além disso, a estratégia e ideia de pesquisa foi formatada com o artifício da estratégia PICO.

## 3 | DISCUSSÃO

### 3.1 Conceitos & Classificações da Eutanásia

O termo “eutanásia” foi utilizado pela primeira vez pelo filósofo inglês Francis Bacon, em sua obra “*Historia Vitae Et Mortis*”. Essa palavra, derivada da etimologia grega, une o “eu” - que possui como significado bem ou verdadeiro - a “*thanasia*”, equivalente a morte (*thanatos*). Dessa forma, eutanásia significa literalmente, “boa morte”, ou seja, morte apropriada. Logo, ela é uma forma de findar a vida com o objetivo de acabar com o sofrimento.<sup>12</sup>

#### 3.1.1 Tipos de Eutanásia

Existem alguns tipos diferentes de eutanásia, sendo eles: eutanásia ativa, eutanásia passiva ou ortotanásia, eutanásia voluntária, eutanásia não-voluntária e a eutanásia involuntária. Além dessas, existem também a eutanásia direta e a indireta.<sup>23</sup>

A eutanásia ativa é um termo que está entrando em desuso, porém, está relacionada com o respeito da autonomia do paciente e a intervenção ou não intervenção sobre a morte. Com isso, o consentimento do paciente é obrigatório para qualquer intervenção médica. Nesse sentido, cada paciente é livre para escolher se vai recusar ou aderir a um tratamento, mesmo em casos mais extremos, isto é, quando um paciente recusa o tratamento mesmo sabendo que essa escolha lhe levará à óbito. Casos como esses são comuns de serem observados em doentes terminais que estão conscientes, pela noção que é muito pouco provável outra saída senão a morte.<sup>13</sup>

Em contrapartida, existe a ortotanásia ou eutanásia passiva, que indica um modo voluntário de eutanásia<sup>1</sup> em que a morte ocorre de maneira natural, sem abreviar a vida, mas também sem tentar prolongá-la com a interferência de meios terapêuticos.<sup>4</sup> De acordo com o Código Penal Brasileiro, a partir do artigo 135, entende-se que a ortotanásia se enquadra como um crime, pelo fato de que o profissional de saúde estaria “deixando de prestar assistência”, ou seja, omitindo socorro.<sup>2</sup>

Em relação à eutanásia voluntária, não-voluntária e involuntária, podemos dizer que são associadas ao fato de o paciente estar ciente - ou não - daquela situação e da decisão que será tomada sobre sua vida.<sup>23</sup> Assim, a eutanásia voluntária, significa que o indivíduo é consciente acerca dos acontecimentos e deseja possuir uma morte rápida e indolor ao invés de, por exemplo, prolongar seu sofrimento por conta de uma doença incurável em estágio terminal.<sup>123</sup> Enquanto isso, a eutanásia não-voluntária implica que o paciente não se encontra em condições de manifestar de consentimento. Por isso, seria como induzir a morte de um paciente, sem que ele tenha a capacidade de tomar suas próprias decisões autônomas em relação a sua vida.<sup>23</sup>

Por sua vez, a eutanásia involuntária é aquela que ocorre sem o consentimento



do indivíduo, pelo fato de ele ter optado pela vida. Então, as pessoas envolvidas e os profissionais de saúde não respeitaram essa decisão, executando a eutanásia - considerada apenas quando o desejo é impedir o suposto sofrimento do paciente. <sup>23</sup>

Por fim, existe a eutanásia direta e a indireta. A eutanásia direta, o paciente falece por conta de uma ação deliberada que busca resultar em óbito. Em contrapartida, na eutanásia indireta, a causa da morte é resultante de um efeito secundário previsto, sem a intenção de causar o óbito, mas com o intuito inicial de aliviar o sofrimento do paciente. <sup>3</sup>

### *3.1.2 Espécies de Eutanásia*

Uma das principais espécies de eutanásia é a eutanásia espontânea ou libertadora. Essa forma de eutanásia, ocorre geralmente quando o paciente sabe que a doença que ele possui é terminal e, então, provoca sua morte ou pede que outra pessoa a provoque – por exemplo, solicitando ao próprio médico. <sup>25</sup> Comumente, isto ocorre pelo fato que o paciente, amedrontado, teme que vá sofrer mais com a continuidade a vida, diante do seu quadro incurável. <sup>2</sup>

Outra espécie de eutanásia é a eliminadora. Essa se refere aos casos em que a morte acaba sendo provocada por motivos vingativos, a fim de eliminar o indivíduo propositalmente do convívio social, podendo o paciente estar ou não perto de ir a óbito. Esse tipo de eutanásia ocorre, principalmente, em casos em que o familiar é portador de doenças mentais. <sup>2</sup>

Existe também a eutanásia econômica que se baseia no “custo-benefício” que essa pessoa agrega para a sociedade. Sendo assim, a eutanásia econômica consiste no extermínio de indivíduos que representem algum prejuízo socioeconômico. Geralmente, esse tipo de eutanásia é aplicado em pessoas economicamente inativas, que não são capazes de produzir de acordo com as expectativas da sociedade capitalista, como por exemplo, idosos, portadores de deficiências físicas e mentais. <sup>25</sup>

### *3.1.3 Suicídio Assistido*

O suicídio assistido, assim como a eutanásia, é uma prática realizada com o objetivo de abreviar a vida de pacientes que estão em sofrimento e sem perspectiva de melhora, se incluindo em quadros terminais, incuráveis etc. Porém, a diferença entre o suicídio assistido e a eutanásia é que, no suicídio assistido, o paciente conta com a ajuda de terceiros para colocar um fim na própria vida, através da ingestão ou autoadministração de medicamentos letais. <sup>6</sup> Contudo, a delimitação desses conceitos e a distinção entre eutanásia e suicídio assistido ainda são precárias e permeadas por questões multifatoriais.

## 3.2 Eutanásia, Suicídio Assistido & Homicídio Médico

### 3.2.1 *Suicídio Assistido X Homicídio Médico*

Primeiramente, questiona-se: há distinção moral entre homicídios praticados por médicos e suicídios assistidos por eles? <sup>15</sup> Bem, a verdade é que não existe uma resposta correta para essa pergunta, pois ela depende do foco da análise aplicado. No viés da bioética, entende-se que o conceito de “morte misericordiosa” é algo relativo, que varia de acordo com as percepções individuais sobre o que é supostamente certo ou errado. Por isso, todas as versões acerca de como uma vida deve terminar são questionáveis. Entretanto, para a lei, a diferenciação entre suicídio assistido e homicídio é essencial, até porque mesmo diante de consentimento explícito para realização da eutanásia, o médico ainda pode sofrer sanções penais. <sup>16</sup> Logo do ponto de vista legal, há distinção efetiva entre os atos de “matar” e “deixar morrer” <sup>12</sup>. Assim, sob qual espectro estaria a eutanásia? Sob ambos, já que devido à ausência de diretrizes ou leis específicas, os casos de eutanásia no Brasil são avaliados de acordo com suas particularidades.

A eutanásia voluntária e ativa - que também pode ser definida como espontânea - aproxima-se do conceito de morte assistida, na medida em que conta com a ação direta do profissional de medicina e o desejo do paciente. Enquanto isso, a eutanásia involuntária, porém ativa - similar a eutanásia eliminadora - configura-se essencialmente como um homicídio, pois não inclui a decisão autônoma do paciente pela própria morte, mas implica na interferência médica proposital sobre o curso da vida, que resultará em óbito.

A eutanásia voluntária e passiva, a depender da situação, pode também ser interpretada como uma forma de negligência médica, porque resulta de uma omissão do profissional diante da expressão da vontade que o paciente tem de vivenciar uma morte digna. Por consequência, a eutanásia involuntária e passiva se assemelha ao conceito de iatrogenia – ou seja, erro médico – uma vez que não há ímpeto para o óbito, contudo constata-se uma displicência com o cuidado do paciente.

### 3.2.2 *Cuidados Paliativos – Alternativas Humanizadas para a Eutanásia*

Por mais que a terminalidade geralmente resulte em uma mentalidade pessimista, os cuidados para administração do fim da vida ainda possuem um elevado potencial de aperfeiçoamento. As provas para tal argumento incluem as recentes evoluções nos cuidados paliativos <sup>14</sup>. E, mesmo que o desenvolvimento técnico se arraste pelos próximos anos, ainda é possível humanizar o cuidado existente, por meio de mudanças de conduta – dinamização da relação médico-paciente, discussões éticas, termos de consentimento etc.

Logo, a possibilidade de transformar a eutanásia em procedimento optativo não substitui a necessidade de garantir que, tanto a vida quanto a morte dos pacientes ocorram de forma digna. Dessa forma, é preciso ressaltar que as estratégias e técnicas utilizadas

para findar a vida humana devem ser consideradas como o “último recurso” <sup>14</sup>. Isso se deve principalmente ao fato de serem condutas irrevogáveis, que sustentam uma carga de responsabilidade social relevante.

Nesse sentido, o Canadá apresenta leis que afastam a morte assistida da dependência de critérios estritamente profissionais, considerando também a experiência da doença <sup>14</sup>. Similarmente, na Alemanha, desenvolveu-se o conceito de “assistência médica durante a morte”, segundo o qual os profissionais de saúde devem ofertar todo apoio necessário, para as diversas dimensões do sujeito, ao longo da sua experiência da doença. Esse modelo de conduta está fundamentado nos cuidados paliativos, que sendo a ONU, não devem tentar antepor ou postergar a morte de um paciente. Então, por esses critérios, como uma alternativa mais humanizada para a eutanásia, podem ser propostos regimes de assistência para o fim da vida que estejam centralizados nas demandas individuais e no alívio do sofrimento.

### 3.3 Eutanásia & Bioética

#### 3.3.1 Definição de Sujeito

Segundo defende Camargo, a concepção de sujeito se define como “uma coisa que pensa”, dotada de recursos, racionais, afetivos, cognitivos que se resume no “cogito ergo sum” de Descartes. Sendo assim, a faculdade cognitiva-racional é o fundamento base que constitui o sujeito. O que é o sujeito então? “Uma coisa que pensa. O que é uma coisa que pensa? É uma coisa que duvida, que concebe, que afirma, que nega, que quer, que não quer, que imagina também e que sente.” <sup>6</sup>

#### 3.3.2 Direito à Vida & Direito à Morte

Nesse sentido, já que pensa e sente, o sujeito poderia decidir, ou seja, deveria ter autonomia sobre seu próprio corpo. Infelizmente, no entanto, no Brasil do séc. XXI, a realidade ainda está de respeitar a autodeterminação. De acordo com a Constituição Federal de 1988, mais especificamente no artigo Nº 5, assegura-se o direito à vida como direito fundamental. De certo que o direito à vida é primário, contudo, não deve ser visto como absoluto, tampouco deve figurar-se como um “dever à vida”. Além disso, a própria Carta Magna afirma que a vida deve ser vivida sob condições dignas, de uma maneira integralizada e não puramente biológica.

O nascimento ou até a própria morte, são capítulos – importantes, com toda certeza - de toda uma existência, mas as decisões que envolvam sua determinação ainda são pouco discutidas. O nascer e o morrer demarcam o início e o término de um ciclo de vida, que deveria ser naturalizado pela cultura ocidental e, acima de tudo, respeitado em todas suas subjetividades e individualidades. A vida propriamente dita acontece nesse interim,

então falar sobre eutanásia significa refletir sobre as condições de vida – e de morte - e como elas afetam a visão do indivíduo sobre a própria saúde.

Corroborando com a reflexão de Goulart <sup>7</sup>, o direito à vida está intrinsecamente ligado ao direito à saúde, previsto na CRFB/88 em seu artigo 196, e deve ser conceituado não apenas levando em consideração seus aspectos materiais, isto é, físicos e psíquicos. Logo questiona-se, qual a validade da vida, desde que não seja possível se viver com dignidade? A partir disso, a morte digna resulta da liberdade de escolha do indivíduo e capacidade para autodeterminar-se e não de uma imposição do Estado.

Portanto, ao mesmo tempo em que predispõe – ou supõe-se que se predispõe - de meios para que as pessoas vivam dignamente, o Estado deveria também proporcionar recursos para que elas optassem por morrer da mesma maneira. Porém, há o desafio de romper com o paradoxo que existe entre a autonomia sobre a determinação da vida ou na morte por si só. Então, da mesma forma que o indivíduo é sujeitado a decidir sobre questões da sua saúde em vida, deve-se prepará-lo para fazê-lo em morte, quando refletir sobre que desfecho deseja dar a própria existência.

### *3.3.3 Autonomia, Consentimento & Eutanásia*

Pacientes que não estão em estado terminal, mas tem suas capacidades psíquicas e somáticas, totalmente ou parcialmente, debilitadas também incitam discussões acerca da validade ou possibilidade de eutanásia. Esses pacientes vivenciam uma experiência de dor e sofrimento, para os quais - em alguns casos – os cuidados paliativos não são suficientes ou adequados, porém esses indivíduos nem sempre apresentam capacidade de autodeterminação efetiva sobre as próprias escolhas.

Em todo o mundo, existem inúmeras barreiras legais e bioéticas que previnem ou inibem a realização da eutanásia ou do suicídio assistido, mas alguns países desenvolveram critérios e leis para regularizarem tais situações. Na Holanda, por exemplo, são necessários seis critérios mandatórios para a execução da eutanásia

1. A solicitação em prol da realização da eutanásia deve partir do paciente, de forma voluntária.
2. O sofrimento do paciente tem de ser classificado como insuportável pelo mesmo, sem que haja perspectiva de melhora ou cura do quadro.
3. É preciso informar o paciente sobre sua situação de saúde atual e prognóstico futuro.
4. O paciente deve consultar pelo menos um outro médico independente, que irá avaliá-lo e opinar sobre seu caso.
5. É necessário que um documento por escrito seja redigido, declarando os critérios mencionados anteriormente, bem como as medidas de cuidado estabelecidas e cumpridas até o momento.

6. Por fim, deve-se registrar o método utilizado para execução da eutanásia ou do suicídio assistido.<sup>8</sup>

Inclusive, tais parâmetros podem se aplicar a pacientes com doenças neurodegenerativas e entre outras. Como exemplo, na Bélgica, a maioria dos pacientes com que requisitavam a eutanásia ou o suicídio assistido, tendo o diagnóstico de Alzheimer, eram mais jovens. Os indivíduos demonstravam possuir conhecimento sobre o prognóstico da doença e ainda tinham cognição plena para optar por esses procedimentos.<sup>9</sup>

No Brasil, entretanto, existem conjecturas que consideram a prática da eutanásia como um “homicídio privilegiado”. Isso dificulta o envolvimento do médico, que ainda ocupa um local de “curador” ou “sanador” de doenças. Por esse motivo, é preciso defender reformas contínuas na relação médico-paciente (conversas sobre as preferências do paciente), configurações institucionais (incentivo ao avanço diretas) e as estruturas sociais de cuidado (fornecendo cuidados paliativos suficientes e controle da dor).

A medicina e a sociedade brasileira tratam este assunto como um tabu, o que impede a compreensão e constatação dos posicionamentos sociais e individuais sobre o tema. Ao mesmo tempo, o dilema bioético se mantém constante.

Na visão de psiquiatras belgas, o suicídio racional não existe: tudo partiria da emoção, da dor, raiva, indignação, desespero, essencialmente dos sentimentos mais primários do ser humano. Indo além, alguns médicos pensam que essa vontade de morrer faz parte de algum transtorno psiquiátrico, como consequência das mais diferentes patologias que esses pacientes possuem ou como uma reação à situação vivida.<sup>10</sup>

Tais fatores causam muito receio na comunidade médica, pois muitos pacientes se mostram ambivalentes até o fim. Dessa forma, fica explícito que o dilema bioético é complexo e impede a maior resolutividade acerca das condutas que envolvem a eutanásia.

### *3.3.4 Ética Médica & Eutanásia*

Segundo Sartre, a liberdade e autonomia caminham lado a lado. A partir dessa reflexão, surge outro entrave da eutanásia: a ética médica. O Código de Ética Médica não apoia a finalização definitiva da vida, mas o Conselho Federal de Medicina - amparado pela Resolução 1.805/2006 - permite restringir ou cessar procedimentos ou tratamentos que prorroguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e crônica, desde que seja respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. Isso implicaria na distanásia, ou seja, no prolongamento do sofrimento.

Ademais, a dificuldade de se lidar com a finitude da vida também perpassa questões que ponderam sobre sua qualidade e sentido. Pessoas ativas, independentes, atenciosas com a saúde e que praticam o autocuidado podem adoecer da mesma forma que as demais. Isso se deve a causas acidentais, genéticas e as vezes ainda inexplicáveis pela ótica da medicina. E sabemos que muitos quadros são irreversíveis, ou de baixo percentual

de recuperação. Além disso, a experiência da doença é única para cada pessoa. Por isso, é possível que ao adoecer, o indivíduo não se identifique com as transformações às quais está sendo sujeito – físicas, psíquicas, sociais etc. – e por mais que a medicina prometa tratamentos, medicamentos e investimentos, a que custo vale viver dessa forma? Essa é uma das perguntas que a bioética busca compreender.

Ao se prolongar o processo de morte, podem ser causados danos, como dor, desconforto, sofrimento e assim, os procedimentos vão evoluindo para técnicas mais complexas, invasivas e até agressivas, em prol da manutenção da “vida”. Essas inúmeras técnicas mantenedoras da vida, então, começam a ser aplicadas indiscriminadamente. Logo, será que a doutrina médica deve ser baseada no modelo tecnicista de “solucionar” doenças?

Dessa forma, a autonomia é limitada e contraditória, pois ampara médicos que não se sintam confortáveis a tomar a atitude de finalizar com a vida de alguém em estado terminal - seja por motivos éticos, morais ou religiosos - mas desampara a liberdade de diversos pacientes que desejam morrer de forma digna.

As confusas leis vigentes sobre o tema, a falta de tipificação consensual e estabelecida para eutanásia e a pouca discussão sobre critérios, protocolos ou guias de conduta, amedrontam os médicos. No entanto, alguns avanços demonstram que essa discussão pode ser aprofundada, para que diretrizes sobre a eutanásia sejam de fato formatadas. Consequentemente, isso empoderaria também os pacientes quanto ao direito de escolha, de aceitar ou não determinados tratamentos ou procedimentos, permitindo sua participação no processo decisório, tratando-o com integridade e dignidade.

### **3.4 Eutanásia – Legalidade x Ilegalidade**

No Brasil as discussões sobre a licitude da eutanásia estão paradas a algum tempo. A última resolução sobre o assunto aconteceu em 2012 com a Resolução 1.995 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Antes desta, o CFM já havia emitido a Resolução 1.806 de 2006, que teve uma grande repercussão naquele tempo, inclusive com a tentativa de nulidade pelo Ministério Público Federal (MPF)<sup>1</sup>. Tal assunto, como ocorreu em outros países europeus nas décadas passadas, devem voltar à tona, com o envelhecimento populacional brasileiro e consequente aumento da expectativa de vida.

Apesar de interpretar-se o primeiro artigo da Constituição Federal (CF) como aquele que discorre sobre o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, a morte digna não aparece explícita, o que causa diversos desentendimentos. De forma equivocada, muitas vezes o direito a uma morte digna é colocado como destoante ao direito a vida que está previsto no Art. 5 da CF. Tal assunto se torna ainda mais complexo devido aos diversos fatores envolvidos como religião, condições socioeconômicas e questões de saúde como um todo.

As lacunas jurídicas trazem insegurança para a prática e receios de responsabilidades

civis e penais ao agente envolvido – comumente representado pelos médicos. A eutanásia pode ser caracterizada, dentre outras classificações, em ativa e passiva. A denominada ativa acontece quando é dado fim a vida do paciente de forma intencional, mesmo que por solicitação dele. Isto pode acontecer pela injeção de drogas letais, por exemplo. No Brasil, tal atitude é tipificada como homicídio e enquadrada no Art. 121 do CP, com atenuação de pena de um sexto a um terço pelo §1, pois atribui-se à motivação – findar o sofrimento do paciente - relevante valor moral<sup>2</sup>.

Já a eutanásia passiva, tem uma complexidade um pouco maior, devido as diferentes interpretações que são determinadas para o termo. Segundo o autor Santoro<sup>3</sup>, a eutanásia passiva se caracteriza pela conduta omissiva que ocasionará a supressão ou a interrupção dos tratamentos indispensáveis à manutenção da vida do paciente, já Diniz<sup>4</sup>, entende que o mesmo conceito de eutanásia passiva é sinônimo de ortotanásia.

A ortotanásia seria a morte natural, sem interferência da ciência, permitindo ao paciente morte digna, sem sofrimento, deixando a evolução e percurso da doença. Esta é um contraponto a distanásia, onde serão empregados diversos meios com o objetivo de prolongar a vida do paciente, através de fármacos e aparelhos, independente do conforto ou sofrimento que está sendo causado ao mesmo. Com o que foi exposto, vemos uma clara diferença entre eutanásia e ortotanásia, onde a primeira acontece pela omissão de outro e a segunda ocorre pelo percurso natural da doença.

Cabe ressaltar que o médico que submeter um paciente a determinado tratamento contra sua vontade pratica o crime de constrangimento ilegal, salvo se o paciente correr risco de morte. A atitude do médico que ignora a declaração de vontade do paciente terminal que em plenas faculdades mentais deseja recusar intervenções extraordinárias (conferida pela resolução 1995 do CFM)<sup>5</sup> pode caracterizar negligência e ser responsabilizada civilmente.

No Brasil, a prática da eutanásia ativa e passiva continuam sendo tipificadas como homicídio, mesmo que atenuados. Porém a ortotanásia pode ser realizada seguindo os critérios de morte iminente e inevitável, aplicação de cuidados paliativos e consentimento do paciente. Com esses três pontos presentes o médico pode ter a segurança de não ser responsabilizado por nenhum dano ao paciente, uma vez que a sua finalidade foi atender a autonomia e aumentar a dignidade da pessoa naquela situação.

Mesmo que em passos mais lentos, observa-se uma certa tendência em trazer a discussão da legalidade da eutanásia no Brasil. Este tem sido um assunto muito discutido em outras localidades, então obviamente existiriam repercussões na sociedade brasileira.

### **3.5 Panorama da Eutanásia – Brasil x Mundo**

No Brasil, atualmente, não existe nenhuma legislação específica no sistema normativo penal brasileiro em relação à eutanásia. A prática da mesma, portanto, pode ser eventualmente enquadrada como homicídio praticado por motivo piedoso, auxílio ao suicídio ou até como omissão de socorro, de acordo com o Código Penal Vigente

previsto nos artigos 121, parágrafo primeiro, artigo 122 ou no artigo 135, dependendo das particularidades de cada caso.

Alguns países possuem uma regulamentação legalizando de alguma forma a abreviação da vida em caso de sofrimento extremo, sendo estes: Holanda, Bélgica, Suíça, Luxemburgo, Colômbia, Canadá e Estados Unidos, sendo que este último foi legalizado inicialmente no estado de Oregon.<sup>12</sup> Os Estados Unidos, entretanto, possuem uma legislação específica legalizando o suicídio assistido em cinco dos seus cinquenta estados, sendo eles: Oregon, Washington, Montana, Vermont e Califórnia. O estado do Novo México havia legalizado em 2014, mas teve decisão revertida em segunda instância um ano após, numa corte de apelações. A eutanásia tem sido há muito tempo um assunto polêmico na sociedade norte-americana, e ganhou destaque principalmente após o caso de Brittany Maynard, na Califórnia, uma mulher de 29 anos com um tumor no cérebro que se mudou de San Francisco para Oregon e tirou a própria vida em novembro do ano passado.<sup>11</sup>

O primeiro país a legalizar a eutanásia foi a Holanda, utilizando o termo “cessação da vida” ao invés de “eutanásia”, e possui as condições exigidas muito parecidas com as da Bélgica, que legalizou logo após a Holanda. O último país Europeu a legalizar foi Luxemburgo, que também possui suas vertentes alinhadas com as belgas. O artigo nº 2 da lei belga diz, em tradução livre: “Há de se entender a eutanásia como o ato, praticado por um terceiro, que põe intencionalmente fim à vida de uma pessoa sob demanda desta”. O artigo terceiro da lei da eutanásia belga, datada de 2002, restringia a abreviação da vida apenas a pacientes maiores ou emancipados e capazes, com doença grave e incurável, de sofrimento físico ou psíquico constante e insuportável, mas a lei sofreu alteração em fevereiro de 2014, permitindo a eutanásia em menores, sem restrição de idade, quando acometidos exclusivamente por sofrimento físico. Os menores precisam ter discernimento da sua decisão atestado por um médico ou psicólogo, além da concordância dos pais. No mesmo artigo, o ato da eutanásia é definido como um ato a ser executado apenas por médicos. A legislação da Holanda possibilita menores acima de 12 anos solicitarem a eutanásia, desde que os mesmos se provem capazes e em concordância com a opinião dos responsáveis.<sup>13</sup>

Em contra ponto, a situação do Reino Unido que teve quatro tentativas frustradas de legalização da eutanásia e do suicídio assistido, demonstra que mesmo países com alto grau de laicidade no poder legislativo possui embate em relação ao direito à morte em casos extremos de sofrimento<sup>13</sup>. No Brasil, existe uma proposta para a legalização que tramita até hoje no Congresso Nacional como Projeto de Lei nº 6715 de 2009 e aguarda parecer, sem prazo, na Comissão de Constituição, Justiça e de Cidadania.

O direito de um paciente vulnerável de cessar um sofrimento incurável por meio da abreviação da vida terminal, conforme o que está regulamentado na legislação belga, e de outros países que se assemelham, não fere o disposto na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), mormente seus Artigos 3, 5, 6 e 8<sup>12</sup>.



Estão respeitados conceitos como autonomia, direitos humanos, dignidade humana, responsabilidade individual e consentimento individual. Dessa forma, faz-se importante a adequação das regulamentações da terminalidade da vida à realidade de cada país, sendo devidamente analisadas com base na moralidade vigente, entretanto evitando que esta moralidade majoritária entre a população se imponha sobre a moralidade de uma minoria vulnerável.

## 4 | CONCLUSÃO

Em síntese, os dilemas éticos e legais acerca da eutanásia persistem, porém é essencial que esse tema seja revisitado. Dessa forma, intervenções, diretrizes e guias de conduta médica poderão ser elaborados, a fim de regularizar a análise de casos, implantando alguma metodologia específica de abordagem e conduta. Por fim, idealizar leis para atuação dos profissionais da área médica também facilitará a tomada de decisões humanizadas e críticas, buscando respeitar os direitos e a autonomia dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. MORAES, Henrique Viana Bandeira. **Da eutanásia no direito comparado e na legislação brasileira**. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/23299/da-eutanasia-no-direito-comparado-e-na-legislacao-brasileira>>. Acesso em: 14 nov. 2021.
2. BEZERRA, Carolina. **Eutanásia: Tipos De Eutanásia E Suicídio Assistido**. ETIC - ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA - ISSN 21-76-8498, v. 5, n. 5, 2021.
3. RIJO, Diogo. **Eutanásia: existirão vários tipos?** REVISTA PORTUGUESA DE CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA E VASCULAR, v. Volume 25, n. N.º 1-2, p. 17–20, 2018.
4. BIONDO, Chaiane Amorim; SILVA, Maria Júlia Paes da; SECCO, Lígia Maria Dal. **Dysthanasia, euthanasia, orthotanasia: the perceptions of nurses working in intensive care units and care implications**. Revista latino-americana de enfermagem, v. 17, p. 613-619, 2009.
5. BRANDALISE, V. B. et al. **Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário**. Revista Bioética, v. 26, n. 2, p. 217–227, jun. 2018.
6. CAMARGO, Jaqueline Pereira. **A Eutanásia Para Os Casos De Alzheimer Em Estágio Inicial: O Direito A Própria Morte Enquanto Ser Pensante Segundo Descartes**. 2021.
7. GOULART, Mariana. **A Eutanásia, O Direito De Morrer E Suas Implicações No Direito Penal: Análise Da Tipicidade No Projeto De Lei Nº 236/12 Do Senado Federal**. Escola Da Magistratura Do Estado Do Rio De Janeiro, 2019.
8. HOLZMAN, T. J. **The final act: An ethical analysis of Pia Dijkstra's euthanasia for a completed life**. Journal of Bioethical Inquiry, v. 18, n. 1, p. 165-175, 2021.

9. VERHOFSTADT, Monica et al. **Belgian psychiatrists' attitudes towards, and readiness to engage in, euthanasia assessment procedures with adults with psychiatric conditions: a survey.** BMC psychiatry, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2020.
10. DIERICKX, Sigrid et al. **Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases.** BMC psychiatry, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2017.
11. DYER O, White C, Garcia Rada A. **Assisted dying: law and practice around the world.** BMJ. 2015;351:h4481.
12. CASTRO, MPP; et al. **Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática.** Rev. Bioét. 24 (2) May-Aug, 2016.
13. SOUZA, DCA; et al. **A eutanásia, à luz da DUBDH, no mundo e no Brasil.** Revista Brasileira de Bioética, 2015;11 (1-4):134-148.
14. CAMPBELL, Courtney S. Focus: **Death: Mortal Responsibilities: Bioethics and Medical-Assisted Dying.** The Yale journal of biology and medicine, v. 92, n. 4, p. 733, 2019.
15. GILLETT, Grant. **Euthanasia, letting die and the pause.** Journal of medical ethics, v. 14, n. 2, p. 61-68, 1988.
16. BARBOSA, Gabriella Sousa Da Silva; Losurdo, Federico. **Eutanásia no Brasil: entre o Código Penal e a dignidade da pessoa humana.** Revista de Investigações Constitucionais, v. 5, p. 165-186, 2018.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Aleitamento materno 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 137

Amamentação 27, 28, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61

Ambiente nosocomial 202, 204

Atendimento médico 110

### B

Basquetebol 103, 108

Bioética 20, 62, 65, 66, 69, 71, 72, 73

Biomonitoramento 214

### C

CAPS 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102

Carga de treinamento 88, 93

Ciências da nutrição 103, 236

Cirurgia bariátrica 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21

Código de ética 68, 74, 77, 81, 85

COVID-19 9, 112, 125, 127, 128, 129, 130, 133, 134, 135, 136, 140, 141, 143, 146, 149, 173, 182, 183

Criança hospitalizada 1

Cuidados de enfermagem 23, 29, 30

### D

Dengue 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Desempenho motor 88, 90, 92

Desidratação 25, 103, 104, 105, 106, 107, 108

Desinstitucionalização 95, 97

*Desnutrición infantil* 44, 45, 52

Doença renal 14, 114, 115, 117, 120, 121

Doenças crônicas não transmissíveis 101, 114, 115, 117, 144, 149

### E

Educação alimentar e nutricional 134, 137, 139, 140, 143, 144, 145, 148, 149

Educação em saúde 36, 102, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 141, 152, 236

Emergência 31, 32, 33, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 84, 110, 111, 112, 124, 157, 158, 163, 164,

203

Epidemiologia 1, 9, 53, 117, 191, 192, 193, 195, 234

Equipe de enfermagem 24, 25, 27, 28, 29, 35, 38, 39, 40, 41, 55, 58, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 83, 84, 86, 160

Ergonomia 168, 169, 171, 172, 176, 182, 183

Esporotricose 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201

Estresse 16, 18, 38, 55, 59, 60, 89, 102, 104, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 175, 181

Ética em enfermagem 74, 77, 81

Eutanásia 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 199

Exercício físico 104, 114, 116, 119, 120, 121, 153

## F

Felinos 191, 192, 194, 198, 199, 200

Fitoterápicos 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233

Fototerapia 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30

## I

Icterícia neonatal 22, 23, 26, 27, 28, 29, 30

*Infecção urinaria* 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53

## K

*Klebsiella pneumoniae carbapenemase* 202, 207

## M

Medicina legal 62

Microbiologia 185, 186, 208, 212

## P

Pediatria 10, 31, 141

Perifíton 213, 214

Piscicultura 214

Pós-operatório 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21

Prazer 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41

Prematuridade 26, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61

Promoção em saúde 123

## **R**

Rede pública de saúde 150, 156, 157

Redes sociais online 143

Relações comunidade-instituição 128

## **S**

Saúde do adolescente 11, 12

Saúde ocupacional 167, 168, 169, 183, 184

Síndrome cardiorenal 114, 116, 117, 118, 119, 121

Sofrimento 24, 28, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 59, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 96, 97, 98, 102, 124, 155

## **T**

Telecardiologia 110, 111, 113

Telemedicina 110, 111

Tratamento alternativo 228, 230, 231

## **U**

Unidades de terapia intensiva 22, 23, 24, 61, 150, 151, 161, 162, 163, 164, 165, 205

## **Z**

Zoonose 191, 192

Serviços e cuidados  
**NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE 2**



Serviços e cuidados

# NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE 2

