XXV CONGRESSO DO CONPEDI - CURITIBA

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS II

MARIA APARECIDA ALKIMIN

HERON JOSÉ DE SANTANA GORDILHO

Copyright © 2016 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP
Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:
Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches – UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)
Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF
Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDi
Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC
Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG
Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA
Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

B615
Biodireito e direitos dos animais II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UNICURITIBA;
Coordenadores: Heron José de Santana Gordilho, Maria Aparecida Alkimin – Florianópolis: CONPEDI, 2016.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-286-6
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: o papel dos atores sociais no Estado Democrático de Direito.
1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Congressos. 2. Biodireito. 3. Direito dos animais. I. Congresso Nacional do CONPEDI (25. : 2016 : Curitiba, PR).

CDU: 34

CONPEDI
Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Florianópolis – Santa Catarina – SC
www.conpedi.org.br

XXV CONGRESSO DO CONPEDI - CURITIBA

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS II

Apresentação

Este volume se inicia com o artigo denominado EVOLUÇÃO DAS NANOTECNOLOGIAS E A NECESSÁRIA APLICAÇÃO DA BIOÉTICA COMO GARANTIA DE RESPEITO À DIGNIDADE HUMANA, de Daniele Weber da Silva (E-mail: weber.daniele@yahoo.com.br), mestranda da UNISINOS/RS, que face à incerteza científica sobre os efeitos da nanotecnologia sobre a saúde humana o meio ambiente, propõe, a partir dos princípios da precaução e da responsabilidade de Hans Jonas, a proteção do bem-estar humano e o respeito à dignidade da pessoa humana.

A professora Doutora Maria Aparecida Alkmin (E-mail: maalkmin@terra.com.br) coordenadora do Programa de Mestrado em Direito do Centro Universitário Salesiano de São Paulo, em coautoria com o professor Doutor Lino Rampazzo (E-mail: lino.rampazzo@uol.com.br), em DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (TESTAMENTO VITAL): IMPLICAÇÕES ÉTICAS E JURÍDICAS DIANTE DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA, analisa as diretivas antecipadas de vontade (testamento vital) à luz do princípio da dignidade da pessoa humana e dos princípios da bioética, invocando os aspectos éticos disciplinados pelo Código de Ética Médica, envolvendo a Constituição Federal, o Código Civil, o Código de Ética Médica e a Resolução1995/2012 (CFM).

O artigo O DIREITO À MORTE DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINAIS, de Isadora Orbage de Brito Taquary, mestranda da UNICEUB/DF, analisa a processos de resiliência e o stress enfrentado pelos familiares dos pacientes terminais para ressaltar a autonomia de vontade do paciente em seu direito à uma morte digna.

Alexandra Clara Ferreira Faria, professora Doutora da PUC/MG, no artigo A DISPOSIÇÃO DO CORPO PARA PESQUISA CLÍNICA NO BRASIL – ANÁLISE DO PROJETO DE LEI 200/2015 QUANTO AO MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO, analisa a impossibilidade de patenteamento das amostras biológicas utilizadas em pesquisas clínicas, uma vez que o material genético é um direito personalíssimo e indisponível.

Em seguida, o professor Doutor Tagore Trajano de Almeida Silva, do programa de Pós-Graduação da Universidade Tiradentes/SE, juntamente com o mestrando Renato Carlos Cruz Meneses, apresenta o artigo O ESPECISMO COMO ARGUMENTO FILOSÓFICO DA NÃO ACEITAÇÃO DO ANIMAL COMO SUJEITO DE DIREITOS, que propõe a

desconstrução do paradigma utilitarista - que concebe os animais e a natureza como simples objeto destituído de dignidade - para considerá-los como sujeitos de direito.

Caroline Silva Leandrini, mestranda do Programa de Pós-Graduação da UNIMAR/ Maringá /PR, que no artigo DO BEM-ESTAR DOS ANIMAIS DOMÉSTICOS: RECONHECIMENTO DA FAMÍLIA PLURIESPÉCIE E A GUARDA, analisa as possibilidade de garantir direitos aos animais domésticos em famílias pluriespécies onde ocorrem rupturas conjugais.

Em seguida, Luciana Ventura e Rubismark Saraiva Martins, mestrandos da UNICEUB/DF, em O NÃO ACOLHIMENTO DO PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL PARA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DECORRENTES DOS PRINCÍPIOS DO DIREITO FUNDAMENTAL AO MEIO AMBIENTE E PROTEÇÃO ANIMAL, examinam os limites da aplicação da reserva do possível para negar a implementação de políticas públicas ambientais e de proteção animal.

O professor Doutor Heron José de Santana Gordilho, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal da Bahia, juntamente com o professor Francisco José Garcia Figueiredo, da Universidade Federal da Paraíba, apresentam o artigo A VAQUEJADA À LUZ DA ORDEM CONSTITUCIONAL, que analisa a prática da vaquejada a partir da ponderação do conflito entre os direitos fundamentais do meio ambiente e da livre manifestação cultural.

Fernanda Luiza Fontoura Medeiros professora Doutora da UNILASALLE/RS, juntamente com o mestrando Cássio Cibelli Rosa, apresentam o artigo A DIGNIDADE DA VIDA E A VEDAÇÃO DE CRUELDADE, que analisa o princípio da dignidade humana a partir da vedação constitucional de práticas cruéis contra os animais.

Em seguida, professoras doutoras Ana Stela Vieira Mendes Câmara e Gabrielle Bezerra Sales, da Faculdade de Direito do Centro Universitário Christus/CE, em OS LIMITES DA AUTONOMIA EXISTENCIAL E OS DEVERES JURÍDICOS FUNDAMENTAIS DE PRESERVAÇÃO DA VIDA DE PESSOAS INCONSCIENTES, analisa a razoabilidade dos parâmetros que estabelecem limitações à autonomia individual tendo em vista a preservação da vida de pessoas em estado vegetativo persistente e a necessidade de heteronomia para a proteção de seus direitos.

A professora Doutora Janaína Reckziegel do PPGD da UNOESC, juntamente com a mestranda Fernanda Tofolo, em A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS PESQUISAS

GENÉTICAS EM SERES HUMANOS E SUA CONSTANTE LUTA COM A DIGNIDADE HUMANA, analisa a dignidade humana como elemento fundamental no estabelecimento de limites éticos para a realização de pesquisas genéticas com seres humanos.

Vivian Martins Sgarbi, mestranda em Direito pela Universidade Estadual de Londrina/PR, apresenta o artigo O USO DA FOSFOETALAMINA SINTÉTICA À LUZ DOS PRINCÍPIOS DO BIODIREITO, que investiga, à luz dos princípios do biodireito, a legitimidade da Lei n. 13269/2016, que autoriza o uso da fosfoetalamina sintética por pacientes portadores de neoplasia maligna

Vivian do Carmo Bellezzia, mestranda da Faculdade de Direito da Universidade Dom Helder, em ORIGENS DA BIOÉTICA, investiga a origem histórica e científica da Bioética, ressaltando o seu marco histórico.

Beatriz de Lima Fernandes Gottardo, mestranda pela UNIPE, em seu artigo A EUTANÁSIA COMO LIBERDADE INDIVIDUAL, faz um estudo comparado da eutanásia nos ordenamentos jurídicos brasileiro e português.

Bruna de Oliveira da Silva Guesso Scarmanhã, mestranda em Direito pela UNIVEM, no artigo A PROTEÇAO JURÍDICA DO EMBRIÃO IN VITRO E O DIREITO À SAÚDE DOS PORTADORES DE ANOMALIAS, analisa a proteção jurídica dos embriões in vitro e o papel do Estado na regulação da utilização de embriões excedentes para a efetivação do direito à saúde através de meios políticos fraternos.

Tatiane Albuquerque de Oliveira Ferreira, mestranda em Direito pela FUMEC, em A POLÊMICA ANÁLISE SOBRE A LEGALIZAÇÃO DO ABORTO E OS DIREITOS DAS MULHERES NO ESTADO BRASILEIRO, faz um estudo sistemático sobre a legalização do aborto à luz da doutrina nacional e internacional.

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA

Profa. Dra. Maria Aparecida Alkmin - UNISAL

O DIREITO À MORTE DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINAIS

THE RIGHT TO THE DEATH OF ONCOLOGICAL TERMINAL PATIENTS

Isadora Orbage de Britto Taquary

Resumo

Analisa a existência de um direito à morte em pacientes oncológicos terminais e a legitimidade de interrupção da própria vida. Para tanto, foram estabelecidos o conceito de câncer, suas características e prevalência no Brasil. Definiu-se o conceito de morte, a terminalidade e os cuidados paliativos para pacientes oncológicos. A problemática se restringe a verificar a legalidade da prática da eutanásia no Brasil acerca do Código Penal Brasileiro e dos Projetos de Lei desenvolvidos como o Anteprojeto do Código Penal Brasileiro de 1999, Projeto-Lei nº 125/96 e o Projeto-Lei nº 5058/05, buscando uma maior compreensão sobre a temática.

Palavras-chave: Câncer terminal, Cuidados paliativos, Conceito de morte, Eutanásia

Abstract/Resumen/Résumé

Analyzes the existence of a right to death in terminal cancer patients and the legitimacy of interruption of life itself. For that, we established the concept of cancer, its characteristics and prevalence in Brazil. Defined the concept of death, terminal illness and palliative care for cancer patients. The problem is restricted to verify the legality of euthanasia practice in Brazil on the Brazilian Penal Code and developed Bills as the Draft Penal Code 1999 Brasilieiro, Project-Law No. 125/96 and the Project Law o. 5058/05, seeking a greater understanding of the subject.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Câncer terminal, Palliative care, Concept of death, Euthanasia

1 INTRODUÇÃO

O câncer ou neoplasia maligna representa um grupo de várias doenças que possuem em comum a proliferação descontrolada de células anormais com possibilidade de ocorrência em qualquer local do organismo (DE ALMEIDA FIGUEIREDO & DA SILVA NOGUEIRA, 2014). É uma doença caracterizada pela desordem do ciclo celular, causada por mutações do DNA da célula, sua etiologia é multifatorial, incluindo fatores virais, químicos, físicos e hereditários (TEIXEIRA, 2007).

O câncer representa uma doença crônica protagonista de vários transtornos, dores e sofrimentos tanto para os pacientes quanto para seus familiares. Pode acometer pessoas de diferentes faixas etárias, etnias e com diversos hábitos de vida. Por ser capaz de levar a óbito, é uma doença assustadora e consigo carrega sentimentos de medo, insegurança e angústias (MOHALLEM & RODRIGUES, 2007).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (Inca) e com base no documento World câncer report 2014 da International Agency for Research on Cancer (Iarc), da Organizacao Mundial da Saúde (OMS), o câncer se tornou indiscutivelmente um problema de saúde pública, principalmente entre os países em desenvolvimento, onde se espera que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (BRASIL, 2016).

No ano de 2012, a estimativa mundial pelo projeto Globocan/Iarc, mostrou que dos 14 milhões de casos novos estimados, mais de 60% aconteceram em países em desenvolvimento. Em relação a mortalidade, percebe-se que dos 8 milhões de óbitos previstos, 70% ocorreram nesses mesmos países (BRASIL,2016).

Estima-se para o Brasil, no biênio 2016-2017, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer. Sem contar o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer. O perfil epidemiológico é semelhante ao da América Latina e do Caribe, em que os cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) em mulheres serão os mais recorrentes. Os tipos de cânceres mais frequentes em homens serão: próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%), e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres serão: mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5, 3%) e estômago (3,7%). Percebe-se que o perfil de magnitude de determinados tipos de câncer em países em desenvolvimento se assemelham ao perfil de países desenvolvidos, principalmente os cânceres de próstata, mama e intestino. No entanto, os cânceres associados a condições socioeconômicas desfavorecidas como o colo de útero e do estômago ainda permanecem (BRASIL, 2016).

As informações sobre a ocorrência do câncer são oriundas dos Registros de Câncer de base populacional (RCBP), são centros onde a coleta, armazenamento e a análise da ocorrência de casos novos de câncer em uma população são realizados de maneira sistemática. As principais fontes de notificação são os hospitais especializados, hospitais gerais, hospitais universitários, hospitais militares, laboratórios de anatomia patológica, serviços de quimioterapia e serviços de radioterapia, públicos ou privados. Também são utilizadas informações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (APAC), Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Sistema de Informação do Câncer da Mulher (SisCam) (DE SOUZA & DE OLIVEIRA, 2007).

O presente artigo objetiva-se em analisar a existência de um direito à morte em pacientes oncológicos terminais e a legitimidade de interrupção da própria vida. Para tanto, foram estabelecidos o conceito de câncer, suas características e prevalência no Brasil. Definiu-se o conceito de morte, a terminalidade e os cuidados paliativos para pacientes oncológicos. A problemática se restringe a verificar a legalidade da prática da eutanásia no Brasil acerca do Código Penal Brasileiro e dos Projetos de Lei desenvolvidos como o Anteprojeto do Código Penal Brasilieiro de 1999, Projeto-Lei nº 125/96 e o Projeto-Lei nº 5058/05, buscando uma maior compreensão sobre a temática.

2 CÂNCER TERMINAL

O nosso organismo é composto por células que vivem em perfeita harmonia citológica, histológica e funcional. Elas possuem características morfológicas permitindo que se agrupem em tecidos que formam os órgãos para a adequada manutenção da vida. Em certos momentos, ocorre uma ruptura dos mecanismos reguladores da multiplicação celular, ou seja, uma célula começa se desenvolver e dividir-se descontroladamente, originando células descendentes, resultando desse crescimento desordenado e atípico dos mecanismos reguladores normais. Devido a esse descontrole surge o tumor ou neoplasia, podendo ser benigno ou maligno (BRASIL, 2008).

As neoplasias que possuem crescimento celular descontrolado são denominadas de tumores com proliferação anormal de tecido que escapam parcial ou totalmente do controle do organismo, causando efeitos agressivos ao hospedeiro pela sua ação autônoma e persistente (ROBBINS, et al, 1996; BRASIL, 2008).

Os tumores malignos são mais agressivos e possuem capacidade de disseminação. Sua invasão permite a penetração em vasos sanguíneos, linfáticos e cavidades corporais, suscitando as metástases. Os tumores originários no tecido mesenquimal são chamados de sarcoma, os que se originam no tecido cartilaginoso são chamados de condrossarcoma, do tecido gorduroso são os lipossarcomas, do tecido muscular liso são os leiomiossarcoma, nas células epiteliais são os carcinomas e no epitélio glandular são os adenocarcinomas. O nível de agressividade, o crescimento acelerado das células e o tamanho grande do tumor são características que facilitam a metástase. Consequentemente, reduzindo a possibilidade de cura da doença (ROBBINS & COTRAN, 2005).

Já os tumores benignos possuem como característica o crescimento celular controlado, chamados de hiperplasia ou metaplasia. São de progressão lenta e expansiva com estroma normal, boa vascularização e dificilmente causam necrose e hemorragia. Esses tumores possuem classificação pelo sufixo "oma", na célula de origem (BRASIL, 2008; ROBBINS & COTRAN, 2005).

Os leucócitos são células do sangue que constituem a defesa do organismo, há vários subtipos leucocitários com funções distintas mas que em conjunto formam o sistema imunológico. A leucemia é caracterizada pelo descontrole na proliferação desses leucócitos, que se infiltram em órgãos hematopoiéticos como na medula óssea, baço e nódulos linfáticos e passam para os órgãos não hematopoiéticos causando problemas na pele e no sistema nervoso central (CALADO & FALCÃO, 2001).

A leucemia pode ter origem nas células linfóides (linfócitos e células NK) que se formam através de órgãos linfóides como nos gânglios linfáticos, baço, adenóides, amígdalas ou timo. A origem da leucemia também pode ocorrer através das células mielóides, neutrófilos, monócitos, eosinófilos e basófilos que se originam da medula óssea. A causa da leucemia depende de fatores predisponentes, ou seja, quando a pessoa nasce com esses fatores ela tem uma possibilidade maior de desencadear a leucemia, como por exemplo mutações genéticas/cromossomais, como a Síndrome de Down e a Síndrome de Jorge, causada devido a ausência do timo que é o principal órgão de amadurecimento dos linfócitos T, ocorrendo assim, a deficiência na função imunológica, podendo ocasionar a leucemia. Os fatores desencadeantes são agentes físicos, químicos e biológicos que podem ocasionar uma mutação genética causando leucemia, como, radiações, Benzeno (cola de sapateiro) e HTLV-I e II (BAIN, 2010).

As causas de câncer em adultos são geralmente relacionados à exposição a vários fatores de risco como o tabagismo, estilo de vida, alimentação, ocupação e agentes

carcinógenos específicos. No entanto, as causas de tumores infantis ainda não são evidentes, acomete crianças entre 0 a 19 anos, é considerado uma doença rara, correspondendo entre 1% e 3% de todos os tumores malignos na maioria das populações. O câncer que afeta crianças e adolescentes deve ser estudado separadamente daqueles que acometem adultos, principalmente pelo comportamento clínico. Os tumores infantis crescem rapidamente e são mais invasivos, porém respondem melhor ao tratamento e são de bom prognóstico (BRASIL, 2014).

O câncer se torna terminal quando a cura já não é possível e a condição do paciente se torna pior progressivamente até alcançar o estágio avançado, onde as tentativas de controle da doença não são mais eficazes e os cuidados paliativos são intensificados (WHO, 2007).

De acordo com Gutierrez (2001), a partir do momento que se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte se torna inevitável e previsível, o paciente é considerado terminal. O paciente "caminha para a morte" e se torna irrecuperável, a equipe médica não consegui reverter este caminho, apesar dos esforços para tal. Neste momento, surgi vastas possibilidades de cuidado a serem oferecidos ao paciente e aos seus familiares, apesar de não ser mais possível a cura, busca-se o alívio da dor, do desconforto e o aumento da qualidade de vida. Este cuidado gera a possibilidade de alertar o paciente de seu quadro, propiciando a ele à sustentação e escuta de seus desejos, de modo que ele se perceba ativo, autônomo e com capacidade de realizar escolhas.

3 CUIDADOS PALIATIVOS

O termo "paliativo" origina-se do latim *pallium*, que significa manto, capote e se assemelha ao termo hospice, ou seja, abrigos e hospedarias para abrigar e cuidar de peregrinos e viajantes. O Hospice foi criado na Europa, no século XVII, pelas instituições de caridade, para abrigar órfãos, pobres e doentes. No século XIX, começaram a ter características de hospitais sendo difundidos por organizações católicas, com diversas alas para doenças, com cuidados precários, buscando a espiritualidade e o controle da dor (MACIEL, 2008).

Em 1967, iniciou-se o Movimento Hospice Moderno pela inglesa Cicely Sounders, humanista e médica. Fundou-se em Londres a St. Chisthofer Hospice, com o intuito de atender aos doentes e para o desenvolvimento de ensino e pesquisa aos bolsista de vários países (PESSINI & BERTACHINI, 2005).

Em 1982, o comitê de câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um grupo de trabalho para definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo Hospice

para pacientes com câncer, recomendado a todos os países. Em 1986, a OMS publicou a primeira definição de cuidados paliativos, sendo cuidados totais e ativos quando há impossibilidade de cura. O controle da dor, de outros sintomas, de problemas psicossociais e espirituais se tornaram essenciais na administração dos cuidados, alvejando uma melhor qualidade de vida aos pacientes e seus familiares. Em 2002, esta definição foi revisada e substituída para a atual que visa a ampliação do conceito a todos os pacientes o mais rápido possível (ANCP, 2009).

Os cuidados paliativos são uma modalidade necessária de assistência para o fim da vida, desenvolvido em um modelo de cuidados totais, ativos e integrais. Sendo portanto, o direito do paciente com doença avançada e terminal e da sua família, de morrer com dignidade. Foi na década de 60, pelos ingleses, que surgiu a necessidade de tornar a morte mais digna, menos sofrida e possibilitar ao paciente estar perto das pessoas queridas. Logo após estendeu-se a Europa e ao Estados Unidos, propiciando a criação de um movimento de cuidados mais humanizados, integral e especifico aos indivíduos com doenças crônicas, progressivas e sem tratamento curativo (SILVA, 2004).

Segundo Maciel (2008), é essencial que os profissionais de saúde respeitem os pacientes desde o inicio da vida até sua morte, prolongando os cuidados paliativos aos seus familiares até o período de luto. Para que isso ocorra é necessário seguir os princípios estabelecidos pela OMS, criados em 1986. São eles:

> Promover o alivio da dor e dos demais sintomas estressantes: é necessário uma avaliação individualizada através da história do paciente, exame físico e pesquisas envolvendo conhecimento especifico para a prescrição de medicamentos. Afirmar a vida e encarar a morte como processo natural: o paciente deve ser orientado a dar mais sentido à vida que ainda lhe resta, ajudando-o na compreensão de sua doença, através do debate sobre o processo de sua finitude. Não antecipar nem adiar a morte: este principio visa melhorar a qualidade de vida do paciente, dando-lhe assistência contínua e reabilitadora, com a consciência de que o tratamento não lhe causará maior desconforto do que a sua própria doença. Aplicar os aspectos psicossociais e espirituais: a qualidade de vida envolve problemas sociais, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, medicamentos e outros recursos que podem ser causas de sofrimento que devem ser levados à equipe multiprofissional, atuando de forma integrada, a fim de identificar os problemas para a tomada de decisões. Oferecer suporte que possibilite a vivencia ativa do paciente até o momento da morte: viver ativamente é preservar a sobrevida do paciente incessantemente, sendo função do enfermeiro atuar como facilitador para a resolução de seus problemas. Oferecer suporte para auxiliar os familiares durante a doença e o luto: a família é tão importante quanto o doente e a inserção dos cuidados paliativos, já que as complicações que podem ocorrer no período de luto devem ser identificadas e trabalhadas. Dar início aos cuidados paliativos desde o diagnóstico da doença (p.15-32).

Os cuidados paliativos devem ser iniciados o mais rápido possível junto com as medidas adotadas para prolongar a vida, como a quimioterapia e a radioterapia, associadas as

investigações necessárias para melhorar a compreensão e controle dos sintomas. Não deve-se impossibilitar ao paciente os recursos diagnósticos e terapêuticos que a medicina oferece, devendo obedecer a forma hierárquica e observando o seu custo-benefício (SANTOS, LATARRO & ALMEIDA, 2011).

Com os avanços no diagnóstico e tratamento do câncer foi possível constatar que 50% dos pacientes obtém o diagnóstico de câncer em fase avançada e metade destes não possuem possibilidades terapêuticas atuais (AYOUB et.al, 2000). Com isso, a situação de terminalidade, em que as possibilidades de tratamento acabaram, a progressão da doença e a finitude humana são inevitáveis e determinadas pela morte, são gerados os cuidados paliativos como um novo modelo de cuidado em uma abordagem mais humana de tratamento (GIROND & WATERKEMPER, 2006).

De acordo com Pessini (2003) o processo da morte e as últimas fases da vida tornaram-se estudo e reflexão da saúde, da filosofia, antropologia e sociologia. Os pesquisadores compreendem, em consenso, que a vida biológica não deve ser preservada a qualquer custo, se isso acometer mais dor, sofrimento e acima de tudo perda da autoestima e dignidade do paciente. A qualidade de vida é uma das maiores preocupações dos profissionais da saúde, devido os pacientes oncológicos terminais sentirem mais medo do fim da vida do que da morte em si.

4 DEFINIÇÃO DE MORTE

Maria Auxiliadora Minahim (2000), define a noção de morte como um “conceito inacabado”. Devido a tecnologia, a medicina tem a possibilidade de prolongar a vida por meios artificiais tornando a morte um processo evolutivo, o qual necessita de uma constatação passo a passo e deixa de ser um evento instantâneo e determinado.

Há dois tipos de morte, a morte clínica e a morte biológica. A morte clínica acontece primeiro, está relacionada com o conceito habitual de fim da persona do que com a deterioração celular total, no qual ocorre posteriormente com a autólise após a morte, em que as células que permaneciam vivas sofrem um processo de morte individual por autodigestão enzimática. E a morte biológica se refere as células, tecidos e órgãos, que param de funcionar individualmente resultando na morte do organismo por inteiro, em todos os seus componentes (VILLAS BOAS, 2008).

A ciência médica definia a morte, tradicionalmente, como sendo a suspensão da atividade cardiopulmonar, isto é, o coração e os pulmões paravam de funcionar. A ruína do

aparelho respiratório leva a falta de oxigenação corporal provocando a morte celular, sendo este o critério de diagnóstico de óbito mais simples de ser verificado em termos clínicos. No entanto, em 1968, Harvard Medical School publicamente redefiniu a morte como "morte encefálica", após o primeiro transplante cardíaco feito pelo cirurgião Christian Barnard, na África do Sul, em 1967. Com isso, os transplantes se tornaram desejados por todo o mundo, a partir disso foi necessário a criação de uma comissão para elaborar critérios com valor científico sobre as bases do diagnóstico de morte encefálica. O produto das deliberações da comissão foi publicado e editado no Journal of the American Medical Association, com o título "A Definition of Irreversible Coma" (COIMBRA, 2009).

A compreensão da morte e do morrer vem sofrendo grandes mudanças no decorrer da história, juntamente com as transformações da sociedade em relação as atitudes frente a morte, progredindo desde uma experiência tranquila e até mesmo desejada na Idade Média para uma experiência cheia de angústia, medo e aflição, devendo ser evitada de qualquer maneira nos dias atuais (SOUZA & BOEMER, 2005).

O processo de morrer gera medo e traz consigo o aspecto do sofrimento indesejável, isto é, a aflição física torna o falecimento um evento agressivo e aversivo. O homem, ao perceber a aproximação da própria morte é levado a rever suas prioridades e os valores de sua existência, tornando a consciência da morte reveladora da insignificância do acúmulo de posses e dos cuidados cotidianos muitas vezes inadequados na vida dos homens (AISENBERG & KASTENBAUM, 1983).

Segundo Kübler-Ross (1978), o homem desde seus primórdios sempre abominou a morte e a repulsará. Com isso, se torna inadmissível para o inconsciente imaginar o fim da vida na terra e, se tem um fim, este é a causa de uma intervenção maligna. Acarretando assim, uma necessidade de se negar a morte, impossibilitando uma transição psicológica ou ritos de passagem para auxiliar aqueles que sofrem a perda, no sentido de mudar a relação com uma pessoa viva para uma relação com uma pessoa morta.

O câncer é uma das doenças mais associadas a morte pelo imaginário social em todo o mundo, mesmo nos países que possuem problemas de saúde mais sérios, o câncer é a doença que mais se sobressai. No Brasil, possui destaque no quadro sanitário nacional, o qual está sempre incluído nas taxas de mortalidade. Em todo o país, inclusive nas regiões mais desenvolvidas, o câncer vem sendo a segunda causa de morte, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Portanto, o câncer deve ser considerado um problema de saúde pública pela sua ameaça de morte ao seus portadores (LOPES, 1996; BRASIL, 2005).

5 EUTANÁSIA

Francis Bacon (1605), propôs o termo Euthanásia, significando o alívio do sofrimento de pacientes terminais. A palavra eutanásia tem origem no grego (eu, bem e thánatos, morte) etimologicamente é a "morte calma", "morte harmoniosa" e "morte sem angústia. Na antiguidade greco-romana, o direito de morrer era reconhecido, permitindo aos doentes terminais, sem esperança por um fim em suas vidas, e para isso, obtinham auxílio algumas vezes. No entanto, com o surgimento do cristianismo e a noção da vida sagrada sendo um dom de Deus que deve ser preservado e cultivado, o direito à morte deixou de ser reconhecido.

Platão, Sócrates e Epícuro compreendiam que o sofrimento causado por uma doença dolorosa justificava o suicídio. Na Europa, com essa proposta era justificado a eliminação de deficientes, pacientes terminais e portadores de doenças "indesejáveis", se tornando um instrumento de higienização social. Na Colômbia, em 1997, a Corte Constitucional definiu que ninguém poderia ser responsabilizado criminalmente por dar fim a vida de um paciente terminal que tenha sido claro ao dar seu consentimento. A Colômbia, foi o primeiro país sul americano a instituir o direito à morte, criado em 1999 (MARCELINO,1997; GOLDIM, 2000).

A eutanásia possui diferentes terminologias, a eutanásia duplo efeito que significa a morte acelerada indireta sendo resultado das ações médicas feitas com o propósito de aliviar o sofrimento do paciente terminal. A eutanásia voluntária, é a morte provocada com o consentimento do paciente. A eutanásia involuntária, sendo à morte provocada sem o consentimento do paciente. Distanásia, é o prolongamento exacerbado da morte de um paciente, empregada como sinônimo de tratamento inútil. Ortotanásia ou Eutanásia terapêutica, significa a morte no seu tempo certo, é um processo de humanização da morte, aliviando os sinais e sintomas da doença. Neste tipo, não se utiliza recursos que causem maior sofrimento apenas usa-se recursos para zelar por uma pessoa que está morrendo. E por fim, o "suicídio assistido", em que o paciente requisita a ajuda de outra pessoa para realizar sua morte por não ter condições de fazer sozinho (GOLDIM, 1997).

O processo de morte ainda é pouco compreendido pelos profissionais da saúde como sendo uma parte dos cuidados do paciente e de sua família. Entretanto, a morte faz parte do existência e cuidar do indivíduo que está morrendo deveria ser parte da assistência da saúde. Visto que a vida não é eterna e que cada momento vivido deve ser valorizado inclusive o processo de morrer (GIROND & WATERKEMPER,2006).

Os paciente acometidos com câncer e seus familiares vivem um estresse permanente devido as incertezas do processo da doença. Por essa incerteza ininterrupta leva a família ao esgotamento emocional, principalmente quando se percebe o paciente sofrendo de dor. A dor é o sofrimento emocional acarretado ao longo desse processo, fazendo com que o paciente e sua família desejem a morte buscando o alivio do sofrimento prolongado (OLIVEIRA & OGASAWARA, 1992).

De acordo com a medicina, a eutanásia representa uma forma de minimizar os sofrimentos de pacientes terminais ou em estado de coma irreversível sem possibilidade de sobrevivência, facilitando a morte ou proporcionando os meios para alcançá-la. Autores como Morache (1904) e Morselli (1933), trazem no conceito de eutanásia a prática de uma morte que visa atenuar os sofrimentos do doente e de seus familiares, visto que a morte será inevitável no ponto de vista médico, ademais, acreditam que, levar a morte à alguém é uma forma de piedade e compaixão.

Na conceituação jurídica a eutanásia seria o "direito de matar" ou o "direito de morrer", cabido pela justificativa de morte provocada para aliviar os sofrimentos, ou por medida de seleção ou de eugenia. A eutanásia traz a discussão sobre o direito de uma pessoa dar fim a sua vida ou ter o auxilio de outra para tanto. Segundo Francis Bacon, o médico deve ser a pessoa responsável por aliviar os sofrimentos e as dores, mesmo quando esse alívio seja a morte calma. Contudo, este pensamento vai de encontro com a ética médica estabelecida pela tradição de Hipócrates, que impõe ao médico o dever de proteger e preservar a vida humana, jurar abster-se de toda ação ou omissão, com intenção direta e deliberada de dar fim a vida, permitindo ao médico e aos profissionais da saúde causar a morte e influenciando a desconfiança no profissional de saúde pelos pacientes (SANTOS, 1992).

No Brasil, a eutanásia vai de encontro com o dever do Estado de assegurar o direito à vida como princípio e valor irrenunciável, o qual nenhum cidadão tem o direito de decidir sobre a própria morte ou de outrem. Além das questões legais, a eutanásia se confronta com os aspectos morais, filosóficos e religiosos (CORVINO, 2013).

O Código Penal Brasileiro – Decreto-Lei nº 2.848/40, em vigor, não traz o entendimento de eutanásia mas no seu artigo 121, § 1º tipifica o crime de "homicídio privilegiado", no qual "Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço". No mesmo artigo, a pena para homicídio simples (matar alguém) é de reclusão de seis a vinte anos e no artigo 122 traz o entendimento do suicídio, em que induzir ou instigar alguém ao suicídio ou prestar auxilio

para fazê-lo incide em pena de reclusão de dois a seis anos, caso haja consumação do suicídio, ou reclusão de um a três anos, se pela tentativa ocasionar lesão corporal de natureza grave.

O Anteprojeto do Código Penal Brasileiro de 1999, propõem a alteração dos dispositivos da Parte Especial do Código Penal, em que determina ao homicídio a pena de reclusão de seis a vinte anos, trabalhado pela Comissão nomeada pelo Ministro Íris Rezende. Distingue-se no Anteprojeto dois tipos de eutanásia, a ativa e a passiva. A eutanásia ativa ocorre pelo ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, utilizando-se da misericórdia. É ativa no momento em que o agente ministra uma substância capaz de causar a morte instantânea e indolor. E a eutanásia passiva ou indireta ocorre quando acontece o falecimento do paciente, por questões de terminalidade ou por ausência de uma ação médica ou pela interrupção de uma medida extraordinária, podendo ser chamada de eutanásia por omissão ou ortotanásia. Assim sendo, os médicos possuirão duas diretrizes de morte assistida, a ativa, que se utiliza de medicamentos para induzir o óbito e a morte assistida passiva ou ortotanásia, sendo a omissão ou a interrupção do tratamento (LIMA NETO, 2003).

> Trata-se, no anteprojeto, da eutanásia e da ortotanásia, com o intuito de aderir tais condutas ao artigo 121, §§ 3º e 4º. O dispositivo ficaria assim:
> Art. 121 [...]
> § 3º - Se o autor do crime é cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente, irmão ou pessoa ligada por estreitos laços de afeição à vítima, e agiu por compaixão a pedido desta, imputável e maior de dezoito anos, para abreviar-lhe o sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave e em estado terminal, devidamente diagnosticados. Pena – reclusão de 2 a 5 anos.
> § 4º- Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial se previamente atestado por dois médicos, a morte como iminente e inevitável, e desde que, haja o consentimento do paciente, ou na sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente ou irmão. – EXCLUSÃO DA ILICITUDE (GUERRA, FILHO, 2005, p.8).

No trabalho realizado por Corvino (2013), percebe-se a dificuldade da tipificação da eutanásia em pacientes terminais com doenças graves no Brasil, devido aos aspectos morais, éticos, ideológicos, humanos e jurídico-legal e por ser uma polêmica social e acadêmico-cientifica das áreas de Direito e da Saúde, pois, para que seja a eutanásia efetivada há necessidade de participação direta ou indireta de um profissional da saúde, que consequentemente sofrerá algumas sanções na esfera civil, pena, religiosa cultural ou psicológica.

Em 1996, no Congresso Nacional tramitou o projeto de Lei de número 125/96, referente a legalização da eutanásia no Brasil, de autoria do Senador Gilvam Borges do PMDB do Amapá mas que nunca foi levado para votação. No projeto de lei é proposto que a eutanásia seja permitida, desde que haja uma junta de cinco médicos atestando a inutilidade

do sofrimento físico ou psíquico do paciente. A eutanásia teria que ser requisitada pelo próprio paciente. Caso, o paciente não esteja consciente a decisão caberá aos seus parentes mais próximos. Porém, o projeto de lei com o tema da eutanásia gera receio aos políticos devido ao prejuízo eleitoral que pode ser causado pela votação do assunto (LIMA NETO, 2003).

Entretanto, em 2005 o Deputado Osmânio Pereira criou o projeto de lei de número 5058/2005 para definir a eutanásia como crime hediondo indo de encontro a legalização da mesma ou de punições mais brandas para a prática, sendo o projeto arquivado no mesmo ano em que foi proposto devido a falta de apoio. Em sua justificativa pela criação do projeto afirma que:

> Ao garantir os direitos individuais fundamentais e invioláveis a todas as pessoas, sem qualquer distinção e, portanto, sem distinguir, tampouco, o estágio da vida em que se encontrem, a Constituição Federal cita, em primeiro lugar, o direito à vida. Fá-lo com toda a lógica, posto que, sem esse direito, que é de todos o primeiro, nenhum sentido teriam os demais. […] o objeto deste Projeto é a defesa da vida bem como da Constituição e da soberania do nosso País, contra a "cultura da morte", que vêm tentando nos impor os países estrangeiros onde isso já impera e contra pessoas e entidades que, conscientemente ou não trabalham à serviço desse propósito assassino (BRASIL, 2005, p.3).

6 CONCLUSÃO

Verifica-se que o câncer ou neoplasia maligna representa um grupo de várias doenças que possuem em comum a proliferação descontrolada de células anormais com possibilidade de ocorrência em qualquer local do organismo. É uma doença caracterizada pela desordem do ciclo celular, causada por mutações do DNA da célula, sua etiologia é multifatorial, incluindo fatores virais, químicos, físicos e hereditários.

O câncer representa uma doença crônica protagonista de vários transtornos, dores e sofrimentos tanto para os pacientes quanto para seus familiares. Pode acometer pessoas de diferentes faixas etárias, etnias e com diversos hábitos de vida. Por ser capaz de levar a óbito, é uma doença assustadora e consigo carrega sentimentos de medo, insegurança e angústias.

O câncer se tornou indiscutivelmente um problema de saúde pública, principalmente entre os países em desenvolvimento, onde se espera que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025.

Os tumores malignos são mais agressivos e possuem capacidade de disseminação. Sua invasão permite a penetração em vasos sanguíneos, linfáticos e cavidades corporais, suscitando as metástases. Os tumores originários no tecido mesenquimal são chamados de

sarcoma, os que se originam no tecido cartilaginoso são chamados de condrossarcoma, do tecido gorduroso são os lipossarcomas, do tecido muscular liso são os leiomiossarcoma, nas células epiteliais são os carcinomas e no epitélio glandular são os adenocarcinomas. O nível de agressividade, o crescimento acelerado das células e o tamanho grande do tumor são características que facilitam a metástase e, consequentemente, reduzindo a possibilidade de cura da doença.

Já os tumores benignos possuem como característica o crescimento celular controlado, chamados de hiperplasia ou metaplasia. São de progressão lenta e expansiva com estroma normal, boa vascularização e dificilmente causam necrose e hemorragia. Esses tumores possuem classificação pelo sufixo "oma", na célula de origem.

O câncer se torna terminal quando a cura já não é possível e a condição do paciente se torna pior progressivamente até alcançar o estágio avançado, onde as tentativas de controle da doença não são mais eficazes e os cuidados paliativos são intensificados.

A partir do momento que se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte se torna inevitável e previsível, o paciente é considerado terminal. O paciente "caminha para a morte" e se torna irrecuperável, e a equipe médica não consegue reverter este caminho, apesar dos esforços para tal. Neste momento, surge vastas possibilidades de cuidado a serem oferecidos ao paciente e aos seus familiares, apesar de não ser mais possível a cura, busca-se o alívio da dor, do desconforto e do aumento da qualidade de vida. Este cuidado gera a possibilidade de alertar o paciente de seu quadro propiciando a ele escuta e sustentação de seus desejos, de modo que ele se perceba ativo, autônomo e com capacidade de realizar escolhas.

Os cuidados paliativos são uma modalidade necessária de assistência para o fim da vida, desenvolvido em um modelo de cuidados totais, ativos e integrais. Sendo portanto, o direito do paciente com doença avançada e terminal e da sua família, de morrer com dignidade. Foi na década de 60 e pelos ingleses que surgiu a necessidade de tornar a morte mais digna, menos sofrida e possibilitar ao paciente estar perto das pessoas queridas. Logo após estendeu-se a Europa e Estados Unidos, propiciando a criação de um movimento de cuidados mais humanizados, integral e especifico aos indivíduos com doenças crônicas, progressivas e sem tratamento curativo.

Os cuidados paliativos devem ser iniciados o mais rápido possível junto com as medidas adotadas para prolongar a vida, como a quimioterapia e a radioterapia, associadas as investigações necessárias para melhorar a compreensão e controle dos sintomas. Não deve-se

impossibilitar ao paciente os recursos diagnósticos e terapêuticos que a medicina oferece, devendo obedecer a forma hierárquica e observando o custo-benefício.

A palavra eutanásia tem origem no grego (eu, bem e thánatos, morte) etimologicamente é a "morte calma", "morte harmoniosa" e "morte sem angústia. Na antiguidade greco-romana, o direito de morrer era reconhecido, permitindo aos doentes terminais sem esperança, por um fim em suas vidas, e para isso, obtiveram auxílio algumas vezes.

Na conceituação jurídica a eutanásia seria o "direito de matar" ou o "direito de morrer", cabido pela justificativa de morte provocada para aliviar os sofrimentos, ou por medida de seleção ou de eugenia. A eutanásia traz a discussão sobre o direito de uma pessoa dar fim a sua vida ou ter o auxilio de outra para tanto. Segundo Francis Bacon, o médico deve ser a pessoa responsável por aliviar os sofrimentos e as dores, mesmo quando esse alivio seja a morte calma. Contudo, este pensamento vai de encontro com a ética médica estabelecida pela tradição de Hipócrates, que impõe ao médico o dever de proteger e preservar a vida humana, jurar abster-se de toda ação ou omissão, com intenção direta e deliberada de dar fim a vida, permitindo ao médico e aos profissionais da saúde causar a morte e influenciando a desconfiança no profissional de saúde pelos pacientes.

A eutanásia possui diferentes terminologias, a eutanásia duplo efeito que significa a morte acelerada indireta sendo resultado das ações médicas feitas com o propósito de aliviar o sofrimento do paciente terminal. A eutanásia voluntária, é a morte provocada com o consentimento do paciente. A eutanásia involuntária, sendo à morte provocada sem o consentimento do paciente. Distanásia, é o prolongamento exacerbado da morte de um paciente, empregada como sinônimo de tratamento inútil. Ortotanásia ou Eutanásia terapêutica, significa a morte no seu tempo certo, é um processo de humanização da morte, aliviando os sinais e sintomas da doença. Neste tipo, não se utiliza recursos que causem maior sofrimento apenas usa-se recursos para zelar por uma pessoa que está morrendo. E por fim, o "suicídio assistido", em que o paciente requisita a ajuda de outra pessoa para realizar sua morte por não ter condições de fazer sozinho.

No Brasil, a eutanásia vai de encontro com o dever do Estado de assegurar o direito à vida como princípio e valor irrenunciável, no qual a nenhum cidadão cabe o direito de decidir sobre a própria morte ou de outrem. Além das questões legais, a eutanásia se confronta com os aspectos morais, filosóficos e religiosos.

O processo de morte ainda é pouco compreendido pelos profissionais da saúde como sendo uma parte dos cuidados do paciente e de sua família. Entretanto, a morte faz parte da

existência, e cuidar do indivíduo que está morrendo deveria ser parte da assistência da saúde. Visto que a vida não é eterna e que cada momento vivido deve ser valorizado inclusive o processo de morrer.

Criminalizar a eutanásia e compará-la a prática de outros ilícitos penais é errôneo, deveria possuir uma legislação específica sobre o tema, pois a eutanásia é uma morte amparada pela compaixão e piedade ao que sofre. Não é apenas matar alguém mas permitir que o curso natural da vida se cumpra buscando o alívio da dor e sofrimento do paciente terminal e de sua família.

REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

AISENBERG, R; KASTENBAUM, R**. Psicologia da morte.** São Paulo: Pioneira, 1983.

AYOUB, A.C.; FONTES, A.L.C.; SILVA, M.A.A., ALVES, N.R.C., GIGLIOTTI, P.; SILVA, Y.B. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica.** São Paulo: Lemar 2000.

BACON, Francis. **The proficience and advancement of learning, divine and human** (1605). The Philosophical Works of Francis Bacon. Routledge, London, 1905.

BAIN, Barbara J. Myeloid and lymphoid neoplasms with eosinophilia and abnormalities of PDGFRA, PDGFRB or FGFR1. **Haematologica**, v. 95, n. 5, p. 696-698, 2010.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848/1940.** Código Penal. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br. Acesso em 12 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. atul. ampl. Rio de janeiro: INCA, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/. Acesso em 11 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. atul. ampl. Rio de janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/. Acesso em 10 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. atul. ampl. Rio de janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/. Acesso em 10 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. atul. ampl. Rio de janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/. Acesso em 10 de julho de 2016.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 125,** 1996.

BRASIL, Senado Federal. **Projeto de Lei nº 5058**, 2005.

CALADO, R.T. ; FALCÃO, R. P. **Heterogeneidade das células do sangue. Órgãos hematopoiéticos e linfopoéticos. Hematologia: Fundamentos e Prática**. 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu, v. , p. 3-14. 2001.

COIMBRA, Cícero Galli. Disponível em: http://www.unifesp.br/dneuro/morteencefalica.php. Acesso em: 10 jul. de 2016.

CORVINO, J. D. F. **Eutanásia: um novo paradigma**. 2013.

DE ALMEIDA FIGUEIREDO, Priscilla Bittencourt; DA SILVA NOGUEIRA, Antônio José. Prevalence of Neoplasia, Caries and Gingivitis in Pediatric Cancer Patients in the City of Belém, PA, Brazil. **Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic**, v. 13, n. 2, p. 141-146, 2014.

DE SOUZA REIS, Rejane; DE OLIVEIRA SANTOS, Marceli; THULER, Luiz Claudio Santos. Incidência de tumores pediátricos no Brasil. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 53, n. 1, p. 5-15, 2007.

GIROND, J.B.R., WATERKEMPER, R. **Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos compreendendo conceitos e inter-relações.** Cogitare Enferm. v. 11 n. 3, set/dez, 2006.

GOLDIM, J.R**. Breve histórico da eutanásia** (série online). Disponível em http://www.bioetica.ufrgs.br/euthist.htm. 2000. Acesso em 11de julho de 2016.

GOLDIM, J. R. **Suicídio assistido** (série online). Disponível em: em:http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/suicass.htm. 1997-98. Acesso em 11 de julho de 2016.

GUERRA FILHO, F. **Eutanásia: direito à boa morte e despenalização da piedade médico-homicída consentida.**
Disponível em: http:/www.direitonet.com.br:artigos:exibir:2342:Eutanasia-Direito-a-boa-morte-e-despenalizacao-da-piedade-medico-homicida-consentida>. 2005. Acesso em: 14. Julh. 2016.

GUTIERREZ, P.L.O. O que é o paciente terminal. Revista da Associação Médica Brasileira. v. 47, n. 2, abril/junho 2001.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth; COELHO, Ana Maria. **Morte, estágio final da evolução**. Editora Record, 1978.

LIMA NETO, L. I. d. **A legalização da eutanásia no Brasil**. Jus Navigandi, Teresina, ano, v. 7, 2003.

LOPES, L. F. **Tumores de células germinativas na infância.** Em Fundação Antonio Prudente. Hospital A. C. de Camargo. Manual de condutas diagnósticas e erapêuticas em Oncologia. (1996).

MACIEL, M.G.S. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, R.A. (coord.) **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. Cap. I Parte 1. Pág, 15-32.

MARCELINO, S.M.R. **Cuidando do paciente com câncer avançado em casa – acompanhamento por telefone**. Florianópolis (SP): Universidade Federal de Santa Catarina.1997

MINAHIM, Maria Auxiliadora. **Ainda sobre Biotecnologia e Direito Penal**. Revista dos Mestrandos em Direito Econômico da UFBA, Salvador, n. 8, jan/dez. 2000.

MOHALLEM, A.G.C.; SUZUKI, C.E.; PEREIRA, S.B.A. **Princípios da oncologia. In: Enfermagem oncológica.** MOHALLEM, A.G.C. L; RODRIGUES, A.B. (orgs.) São Paulo: Manole, 2007. Cap. 1. Pág, 3-20.

MORACHE, Georges Auguste. **Naissance et mort**. Alcan, 1904.

MORSELLI, G. E. **Tumors on the left temporal lobe.** The Journal of Nervous and Mental Disease, v. 78, n. 1, p. 86, 1933.

OLIVEIRA, M. A.P; OGASAWARA, M. **Contribuição para uma postura humana em situação que se relaciona com a morte.** Rev. Esc. Enferm. USP 1992; 26(3):365-78.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. **Mundo da Saúde**. São Paulo: ano 27, n. 27, n. 1 jan/mar, 2003.

PESSINI, L; BERTACHINI L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. O mundo da Saúde. São Paulo: ano 29 v. 29, n. 4, out/dez 2005.

ROBBINS, S.L.; COTRAN, R.S. **Patologia: Bases patológicas das doenças**. 7. ed. Rio de janeiro: Elsevier, 2005.

ROBBINS, S.L.; COTRAN, R.S.; KUMAR, V. **Fundamentos de Robbins – Patologia estrutural e funcional.** 5. ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

SANTOS, M. C. C. L. **Transplante de Órgãos e Eutanásia.** São Paulo: Saraiva, 1992.

SANTOS, D. B. A.; LATTARO, R. C. C.; DE ALMEIDA, Denize Alves. Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão da literatura. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 1, n. 1, 2016.

SILVA, R.C.F**. Cuidados paliativos oncológicos: reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção à saúde**. Dissertação (Mestrado) – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

SOUZA, L. G. A; BOEMER, M. R. **O cuidar em situação de morte: algumas reflexões.** Medicina Ribeirão Preto, 38(1), 49-54. (2005).

TEIXEIRA, Mônica. Explicação diversa para a origem do câncer, com foco nos cromossomos, e não nos genes, ganha corpo no establishment científico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 10, n. 4, p. 664-676, 2007.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **A morte encefálica como critério de morte**. Revista do Programa de Pós-graduação em Direito da UFBA, Salvador, n. 17, p. 33-56, jan/dez. 2008.2, p. 43.

WORLD HEATH ORGANIZATION. **Cancer control**: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Module 5: Palliative care. Genebra, 2007.