

**UNIVERSIDADE BRASIL  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**TÂNIA LIMA**

**EUTANÁSIA E SUA RELAÇÃO COM A PSICOLOGIA  
HOSPITALAR**

São Paulo  
2018

# **EUTANÁSIA E SUA RELAÇÃO COM A PSICOLOGIA HOSPITALAR**

Tânia Lima

Curso de Graduação em Psicologia

Orientador: Prof. Me. Fabio Pinheiro Santos

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado à Universidade Brasil, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

São Paulo  
2018

## RESUMO

O presente artigo analisa pontos relevantes sobre a Eutanásia dentro de uma visão ética e imparcial. Apresenta reflexões acerca do papel do psicólogo hospitalar frente a um ato que até o momento é proibido no Brasil e gerador de polêmicas. Questiona o poder de decisão do ser humano referente à autonomia sobre sua vida. Até onde o homem tem o direito de optar pelo fim do seu sofrimento? Ou de querer morrer com dignidade? Aborda diferentes pontos de vistas e retrata o trabalho do psicólogo hospitalar perante o cenário de terminalidade e morte.

**Palavras-chave:** Psicologia Hospitalar, Eutanásia, Ética, Dignidade, Autonomia.

## 1. INTRODUÇÃO

Poderá alguém se valer de decidir sobre sua própria vida em casos extremos de grave doença que acarreta em permanente sofrimento? Como atenuar esse conflito e compreender o binômio de saúde-doença, vida-morte sobre os olhares e princípios sociais e familiar?

Este artigo tem o objetivo de apresentar a Eutanásia, conceituar a Psicologia Hospitalar e de associar esses dois assuntos no papel do psicólogo hospitalar frente à fase de terminalidade e morte do paciente.

Como referenciais teóricos foram utilizadas as obras de alguns autores, mestres e doutores especialistas no assunto abordado, com opiniões e visões diferenciadas, que irá abranger o conhecimento teórico e despertar novas percepções.

A eutanásia é a prática pela qual se abrevia a vida de um indivíduo cujo estado de saúde é comprovadamente incurável, normalmente associado a um imenso sofrimento físico e psíquico, de maneira controlada e assistida por um especialista.

O termo eutanásia é oriundo do grego, tendo por significado boa morte ou morte digna. Foi usado pela primeira vez pelo historiador latino Suetônio, no século II d.C., ao descrever a morte "suave" do imperador Augusto: A morte que o destino lhe concedeu foi suave, tal qual sempre desejara: pois todas as vezes que ouvia dizer que alguém morrera rápido e sem dor, desejava para si e para os seus, igual eutanásia. (SUETÔNIO, 2002).

Quando falamos de Eutanásia, falamos de morte ou da fase terminal de um paciente.

Será abordado a função do psicólogo hospitalar frente a fase terminal do paciente, conhecendo as estratégias de atuação no atendimento não só ao paciente, mas aos seus familiares.

No campo hospitalar os médicos precisam estar preparados para esses momentos, assim como o Psicólogo Hospitalar que precisa saber lidar com a situação e trabalhar o medo da morte pelo paciente e a dor da perda por parte dos familiares.

A morte de pessoas gravemente enfermas, no contexto hospitalar, pode ser considerada previsível, de forma que o próprio paciente se prepara psicologicamente para esse evento, assim como seus familiares (BROWN, 2001).

Este artigo não terá a pretensão de esgotar o certame do assunto, tendo em vista sua complexidade e seus pontos de vistas, mas sim, tão somente ampliar o conhecimento e levar a reflexão de novas perspectivas.

## **1.1. PSICOLOGIA HOSPITALAR**

A psicologia hospitalar deu-se início com a primeira equipe multiprofissional nos Estados Unidos no ano de 1818.

A história da Psicologia Hospitalar remonta a 1818, quando, no Hospital McLean, em Massachussets, formou-se a primeira equipe multiprofissional que incluía o psicólogo. Nesse mesmo hospital foi fundado, em 1904, um laboratório de psicologia onde foram desenvolvidas pesquisas pioneiras sobre a Psicologia Hospitalar. (ISMAEL, 2005).

A psicologia hospitalar foi criando identidade a partir de pesquisas e vivências. Para que fosse aprimorado o atendimento psicológico dentro do contexto hospitalar.

Durante muito tempo, a psicologia hospitalar utilizou-se de recursos técnicos e metodológicos de outras áreas do saber psicológico, que nem sempre se mostraram adequados ao contexto hospitalar. A inexistência de um paradigma claro que pudesse definir estratégias dificultou a oportunidade de legitimação do espaço psicológico nas instituições de saúde. A partir da pluralidade evidenciada no exercício da psicologia no contexto hospitalar, iniciou-se um direcionamento de pesquisas e publicações a respeito dessas práticas a fim de se fortalecer a identidade do profissional dessa área. (ANGERAMI, 2002).

A psicologia hospitalar já é uma especialidade reconhecida no âmbito da saúde, tendo uma atuação fundamental nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), nas unidades de hemodiálise, nos Pronto-Atendimentos e em equipes

interdisciplinares que são formadas por um grupo de profissionais de saúde que trabalham em conjunto, tendo em vista um mesmo objetivo.

### **1.1.1. PSICOLOGIA HOSPITALAR NO BRASIL**

Mathilde Neder foi pioneira na Psicologia Hospitalar no Brasil. Ela se destacou por sua atuação em psicologia hospitalar, psicoterapia breve, psicoterapia familiar e psicossomática.

As primeiras atividades foram realizadas por Matilde Néder em 1954 na clínica ortopédica e traumatológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (HC-FMUSP), considerada a pioneira na área (ANGERAMI, 2002).

O primeiro curso de Psicologia Hospitalar do país foi oferecido pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em 1976, sob responsabilidade de Bellkiss W.R.Lamosa. Em 1979 foi realizado o primeiro trabalho junto a pacientes terminais, criado por Regina D'Aquino, em Brasília, tornando-se um dos grandes marcos da atuação frente à morte e suas implicações.

A Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar foi fundada em 1997 por 45 psicólogos com sede em Belo Horizonte com o objetivo de organizar melhor a profissão e definir suas atividades junto ao Conselho Federal de Psicologia.

Desde o ano 2000, a Psicologia Hospitalar foi reconhecida como uma especialidade pelo Conselho Federal de Psicologia. Além disso, a fundação da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), em 1997, vem fortalecendo a área no cenário brasileiro. A sociedade tem por objetivo ampliar o campo de conhecimento científico e promover cada vez mais o profissional que se dedica a este campo. (ISMAEL, 2005).

“A psicologia hospitalar considera o ser humano em sua globalidade e integridade, única em suas condições pessoais, com seus direitos humanamente definidos e respeitados.” (ANGERAMI, 2003).

A psicologia hospitalar visa à promoção e à manutenção da saúde física e emocional, além da prevenção e o tratamento de doenças nos pacientes hospitalizados.

### **1.1.2. ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO HOSPITALAR**

O psicólogo hospitalar tem uma área de atuação bem ampla dentro das instituições de saúde. É de sua responsabilidade fazer a avaliação psicológica de pacientes, prestar apoio psicológico a pacientes e também a seus familiares, além de oferecer apoio psicológico aos profissionais de saúde.

“O ambiente hospitalar é rico em conflitos e o psicólogo hospitalar cada vez mais tem sido chamado a prestar seus serviços não ao paciente, mas aos médicos, enfermeiras, equipe administrativa e familiares por meio de programas de controle de estresse, cursos de relações humanas, etc.” (SIMONETTI, 2004, p. 101).

O psicólogo hospitalar deve ouvir as queixas e anseios do paciente e tentar reacomodá-lo ao novo contexto, dando-lhe ferramentas para enfrentar sua condição da melhor maneira, tentando identificar e compreender os fatores emocionais que intervêm na saúde do paciente, colaborado para o enfrentamento da doença e tratamento, diminuindo assim, o sofrimento do mesmo e de sua família.

“Tratar a pessoa, e não a doença foi um dos objetivos mais valiosos em psicologia hospitalar, e tal só é possível quando se conhece minimamente a vida da pessoa seus interesses, seus assuntos favoritos, seu trabalho, sua condição de vida, etc. e uma ótima maneira de se alcançar esse conhecimento é conversando de maneira descompromissada com o paciente.” (SIMONETTI, 2004, p. 125).

O psicólogo hospitalar atua a nível de apoio, atenção, compreensão e suporte ao tratamento, trabalhando os sentimentos, esclarecendo sobre a doença, ajudando na adaptação do novo ambiente e dos novos hábitos e no fortalecimento dos vínculos familiares.

## 1.2. DEFINIÇÃO DE EUTANÁSIA

De acordo com Goldim (2013) a palavra eutanásia deriva da expressão grega euthanatus, onde “EU” significa bom e “THANATOS”, morte, daí, eutanásia ser definida como boa morte, morte doce, morte calma, indolor e tranqüila.

O termo eutanásia foi empregado por Sir Francis Bacon, Chanceler inglês e Barão de Verulamio, em 1623, em sua obra "História da Vida e da Morte". Influenciado pela corrente de pensamento da filosofia experimental dominante na época, Bacon defendeu a tese de que, nas enfermidades consideradas incuráveis, era absolutamente humano e necessário dar uma boa morte e abolir o sofrimento dos enfermos (GOLDIM, 2013).

A eutanásia é um tema bem antigo, já presente e discutido entre gerações, de maneira que os povos primitivos já a praticavam nos casos de doenças incuráveis ou de enfermidades que não eram bem-vistas pela sociedade, como a deficiência física e mental.

Em 1939, a Alemanha instituiu o Aktion 4, um plano de eutanásia para matar quem tivesse “uma vida que não merecia ser vivida”. Crianças deficientes físicas e mentais passaram a ser mortas. O programa logo se estendeu para adultos e velhos. Os pacientes que deveriam ser notificados eram portadores de esquizofrenia, epilepsia, desordens senis, paralisias que não respondiam a tratamento e outras patologias neurológicas. Eram também incluídos os pacientes internados a mais de cinco anos ou criminalmente insanos (DIAS, 2012).

A eutanásia tem sido um assunto muito discutido, visto que se aplica no processo de acelerar a morte de um paciente em estado crítico de saúde, sem que ele sinta dor, sendo uma escolha determinada pelo paciente de forma consciente. É um tema que gera constantes debates na sociedade atual, sendo considerado ainda um tabu em muitos países e pauta de muitos congressos religiosos, médicos, que discutem a ética desse procedimento.



### **1.2.1. EUTANÁSIA ATIVA**

Eutanásia ativa é quando a pessoa doente recebe uma dose letal de remédios. Nesse caso o paciente tem consciência do ato e solicitou a própria morte, ou seja, uma terceira pessoa, a pedido do paciente, administra-lhe agente letal, com a intenção de abreviar a vida e acabar com o sofrimento.

(...) justamente quando ao agente, o médico, por exemplo, produz diretamente a morte do paciente terminal, pratica um ato comissivo, ou seja, comete, faz, executa. É o caso dele injetar na veia do paciente um medicamento, uma droga opióide (a morfina, por exemplo) em dose excessiva (“overdose”, superdose) e/ou fármaco cardioestático (cloreto de potássio) também em dose não terapêutica, letal (ROBATTO, 2008).

### **1.2.2. SUICÍDIO ASSISTIDO**

Suicídio assistido é quando o paciente, de forma intencional, com ajuda de terceiros, põe fim à própria vida, ingerindo ou autoadministrando medicamentos letais, ou seja, suicídio assistido é o auxílio para a morte de uma pessoa, que pratica pessoalmente o ato que conduz à sua morte.

Suicídio assistido ocorre quando uma pessoa, que não consegue concretizar sozinha sua intenção de morrer, solicita o auxílio de outro indivíduo. A assistência ao suicídio de outra pessoa pode ser feita por atos (prescrição de doses altas de medicação e indicação de uso) ou, de forma mais passiva, através de persuasão ou de encorajamento. Em ambas as formas, a pessoa que contribui para a ocorrência da morte da outra, compactua com a intenção de morrer através da utilização de um agente causal. O suicídio assistido ganhou notoriedade através do Dr. Jack Kevorkian, que nos Estados Unidos, já o praticou várias vezes em diferentes pontos do país, por solicitação de pacientes de diferentes patologias (GOLDIM, 2013).

O termo “morte assistida” engloba tanto o conceito de eutanásia quanto o de suicídio assistido.

### **1.2.3. EUTANÁSIA PASSIVA OU ORTOTANÁSIA**

Eutanásia passiva ou ortotanásia é quando um dos itens que o paciente precisa para sobreviver é retirado do seu convívio, como por exemplo, remover algum aparelho que o ajude respirar ou suspender algum tratamento que seja um prolongamento da vida.

Etimologicamente, ortotanásia significa morte correta - orto: certo; thanatos: morte. Traduz a morte desejável, na qual não ocorre o prolongamento da vida artificialmente, através de procedimentos que acarretam aumento do sofrimento, o que altera o processo natural do morrer (JUNGES, 2010).

Esse procedimento pode não provocar de imediato a morte do paciente, mas são cessadas as ações para prolongar a vida, seja pela diminuição ou suspensão do tratamento vigente, com o consentimento do enfermo.

### **1.2.4. DISTANÁSIA**

A distanásia é o processo de prolongar a vida de um paciente com um quadro incurável, através de aparelhos que o matem vivo, ou seja, só sobrevive por meios artificiais.

Distanásia é conceituada como uma morte difícil ou penosa, usada para indicar o prolongamento do processo da morte, por meio de tratamento que apenas prolonga a vida biológica do paciente, sem qualidade de vida e sem dignidade. Também pode ser chamada de obstinação terapêutica (SELLI, 2009).

A distanásia é considerada uma má prática médica, pois promove uma morte lenta e maior sofrimento ao enfermo e seus familiares.

Distanásia vem a ser o prolongamento exagerado do processo de morrer de um paciente. O termo ao mesmo tempo pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil, fútil. Trata-se de atividade médica que visando salvar a vida do paciente terminal submete-o a grande sofrimento. Nessa conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer (ROBATTO, 2008).

### 1.2.5. PAÍSES ADEPTOS A EUTANÁSIA OU SUICÍDIO ASSISTIDO

- **Holanda**

A Holanda foi o primeiro país europeu a legalizar e regulamentar a prática da eutanásia, em abril de 2002.

O recurso à eutanásia é permitido a partir dos 12 anos, com o consentimento dos pais ou dos representantes legais. A partir dos 16 anos já pode tomar essa decisão sozinho e sempre em plena consciência. O processo implica o acordo de dois médicos. A lei é restrita a cidadãos holandeses.

- **Bélgica**

A Bélgica, juntamente com a Holanda, são os únicos dois países do mundo a expressamente legalizarem a prática da eutanásia. A legalização da eutanásia na Bélgica ocorreu em maio de 2002.

Em fevereiro de 2014 as regras se inverteram, tendo o país autorizado a eutanásia em qualquer idade, bem como a restrição somente aos pacientes em estado terminal.

Assim como ocorre na Holanda, na Bélgica todos os procedimentos são obrigatoriamente revistos por um comitê especial e no caso de eutanásia infantil é realizado um longo processo junto aos pais com apoio de psicólogos.

- **Suíça**

É um dos países que mais rapidamente se associa à prática da eutanásia, devido ao mediatismo de organizações como a Dignitas ou a Exit, mas na verdade a eutanásia é proibida na Suíça. O homicídio a pedido da vítima é punido com pena de prisão até três anos ou multa. O suicídio assistido é permitido, desde que o paciente tenha discernimento e possa manifestar a sua vontade consciente e livremente, o seu pedido seja sério e reiterado, a sua doença se revele incurável, o sofrimento físico ou psíquico que o atinge seja intolerável e o prognóstico da doença seja morte ou uma incapacidade grave.

A eutanásia ou o suicídio assistido são práticas legais na Holanda, Bélgica, Suíça, Luxemburgo, Colômbia, Canadá e em cinco estados norte-americanos

(Oregon, Washington, Vermont, Montana e Califórnia). O Canadá foi o último país a legalizar esta prática.

### **1.2.6. EUTANÁSIA NO BRASIL**

No Brasil a eutanásia é considerada crime de homicídio, segundo o artigo 121 do Código Penal, e, dependendo das circunstâncias, a conduta do agente também pode configurar-se como crime de induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio, como consta no artigo 122.

No Brasil, a prática da eutanásia culmina por ser tipificada no artigo 121 do Código Penal, ou seja, homicídio privilegiado, sendo considerada crime em qualquer hipótese. Além disso, conforme o caso, a conduta do agente pode tipificar o crime de participação em suicídio, segundo artigo 122 da lei penal (GUERRA, 2005).

O código de ética médica sofreu uma reformulação em 2012, onde foi estabelecido novas regras para os critérios sobre o uso de tratamentos considerados invasivos, dolorosos e inúteis. Sob o nome formal de diretiva antecipada de vontade, mas já conhecido como testamento vital, trata-se do registro do desejo expresso do paciente em documento, o que permitirá que a equipe que o atende tenha o suporte legal e ético para cumprir essa orientação. Nesta resolução, não se estaria convalidando a prática da eutanásia, mas sim a da ortotanásia.

### **1.3 OS PRÓS E OS CONTRAS SOBRE A EUTANÁSIA.**

Para quem argumenta a favor da eutanásia, acredita-se que esta seja um caminho para evitar a dor e o sofrimento de pessoas em fase terminal ou sem qualidade de vida, um caminho consciente que reflete uma escolha informada, o término de uma vida em que, quem morre não perde o poder de ser ator e agente digno até ao fim.

O médico belga François Damas que já realizou mais de 100 procedimentos de eutanásia na Bélgica disse que não há argumento para se opor a pedidos de pacientes lúcidos.

Já o Movimento Direito a Morrer com Dignidade, na sua petição a favor da morte assistida, diz que a eutanásia é um último recurso, uma última liberdade, um último pedido que não se pode recusar a quem se sabe estar condenado, sem expectativa de vida.

Dentro de alguns argumentos do contra, temos o ponto de vista religioso sobre a eutanásia que é vista como uma usurpação do direito à vida humana, devendo o fim da vida ser exclusivo e reservado somente a Deus, ou seja, só ele pode tirar a vida.

Segundo o documento da Santa Sé, o pedido de eutanásia é a manifestação de um desejo angustiado de assistência e de afeto do enfermo, e por isso, não deve ser tomado como expressão de sua verdadeira vontade.

Na perspectiva da ética médica, considera que a vida é um dom sagrado, sobre a qual o médico não pode ser juiz da vida ou da morte de alguém, assim a eutanásia é considerado um homicídio.

Os contras também acreditam que a despenalização da morte assistida levaria à sua generalização e à possibilidade de abranger cada vez mais situações em que enfermos solicitam o fim da vida.

#### **1.4 O PSICOLOGO HOSPITALAR FRENTE À EUTANÁSIA**

O psicólogo hospitalar é responsável pelas intervenções psicológicas para pacientes em fase terminal, prestando assistência ao enfermo, aos familiares do mesmo e a equipe hospitalar quando necessário.

Dentro de um cenário de dor, sofrimento e desesperança pela vida, o psicólogo atua para ajudar o paciente juntamente com sua família a enfrentar de forma mais amena os sintomas da morte e do luto. Deve dar acolhimento, deixar a pessoa falar, chorar e expressar suas emoções, sejam elas a raiva, a culpa, o medo, entre outros.

No ambiente hospitalar, em situações de terminalidade e morte, o processo psicoterápico deve enfatizar a expressão dos sentimentos, a

melhora da qualidade de vida e a facilitação da comunicação (KOVÁCS, 1992)

A pessoa que está na iminência da morte, precisa de apoio para enfrentar a dor da separação e o temor do desconhecido, que é a morte.

O ritual de despedida entre familiares e pacientes contribui tanto para a prevenção do surgimento dos sintomas psicológicos, como depressão e ansiedade, quanto para a reaproximação da família e para a definição de questões do relacionamento familiar que estejam pendentes (LISBÔA & CREPALDI, 2003).

O psicólogo hospitalar deve encorajar o processo de sofrimento antecipatório do paciente e familiares, no intuito de promover reações que possam amenizar o processo de despedida.

A atuação do psicólogo também está em facilitar o processo de tomada de decisões e resolução de problemas pendentes, apoiando a família e proporcionando um desenvolvimento maior de habilidades ao lidar com as emoções que permeiam este processo de morte e separação (FONSECA, 2002).

O psicólogo hospitalar precisa respeitar as escolhas do paciente e fornecer acolhimento, em prol de minimizar a dor do processo da separação e trazer conforto aos dias próximo da morte.

Em relação à prática da eutanásia, e considerando a situação irreversível em que se encontra o paciente, muito além de se posicionar contra ou a favor, o psicólogo deve manter sempre o respeito à integridade e liberdade daquele que está decidindo, seja o próprio enfermo ou a família diante da impossibilidade dele, respeitando incondicionalmente o ser que se apresenta frente uma escolha por vezes difícil, que é justamente a escolha de quando se deve morrer (CRUZ, 2005, p.7).

## **2. DISCUSSÃO**

Existem muitas discussões éticas associadas à prática da Eutanásia. Quando se fala de Eutanásia, fala-se do ser humano, da liberdade de escolha e da autonomia que o homem tem sobre sua própria vida.

Segundo Gomes (2008, p. 22) assevera que “o princípio da autonomia da vontade é o poder do indivíduo de manifestar livremente seus interesses, como melhor lhe convier, acarretando efeitos tutelados pelo ordenamento jurídico”.

Em observância a isso, pode-se concluir que a vontade é o único elemento necessário para que a pessoa exerça seu direito de escolha.

Acredita-se que há uma divergência entre as definições de suicídio e eutanásia.

Segundo Capez (2015, p.118) designa o suicídio como “a destruição da própria vida, de forma direta e voluntária”.

Diferentemente, a eutanásia trata da morte ocasionada por um terceiro, movido por grande compaixão, em alguns casos, como forma de acabar com o sofrimento acarretado pela doença. O que realmente acontece é que, ao conferir direitos para uma pessoa cometer a eutanásia, não se outorga direitos ao paciente, mas sim para o autor da própria morte, aquele que mata. Ou seja, a eutanásia não diz respeito ao direito de morrer, mas sim ao direito de matar.

Segundo Mold (2010, p. 1) “Morrer constitui o ato final da biografia pessoal de cada ser humano e não pode ser separada daquela como algo distinto. Portanto o imperativo de uma vida digna alcança também a morte. Uma vida digna requer uma morte digna”.

Para o psicólogo hospitalar cabe o entendimento da complexidade desse tema, para poder refletir e trabalhar possíveis intervenções cabíveis na discussão do assunto.

Segundo Ricou (2009, p. 56) “Os psicólogos podem e devem ser ouvidos no debate em torno da legalização da eutanásia e do suicídio assistido e intervir sempre que alguém manifeste o desejo de morrer”.

O maior desafio do psicólogo frente à eutanásia é avaliar se o paciente realmente está em plena consciência para solicitar o fim da própria vida. Uma das atribuições do psicólogo em caso de eutanásia será de avaliar as condições psíquicas do paciente e de orientar.

### **3. CONCLUSÃO**

É irrefutável o quão é difícil para o ser humano lidar com a morte. Entende-se que ninguém quer morrer, se deseja a morte quando realmente não tem mais esperança pela vida, quando o sujeito está em intenso sofrimento e deseja dar um basta na dor.

O papel do psicólogo frente a eutanásia é de avaliar as condições psíquicas e emocionais do paciente e de orientar na elaboração do processo de luto. Independente de crenças, teorias e valores, o psicólogo precisa agir de forma neutra e imparcial, livre de qualquer julgamento.

Segundo a perspectiva da psicologia, o psicólogo deve basear o seu trabalho no respeito, na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano.

A morte é um fato inevitável e não enxergamos com normalidade alguém fazer planos para ela, por isso, diante da ocorrência da morte, ficamos profundamente atingidos e abalados em nossas expectativas.

Contudo, a humanidade está em constante evolução, muitos dogmas estão sendo revistos e o psicólogo precisa acompanhar essas mudanças.

Além disso, para que a prática profissional do psicólogo hospitalar seja bem-sucedida, é imprescindível um bom relacionamento com a equipe médica, para que seja realizado um trabalho em equipe, com técnica, responsabilidade, ética e humanismo.

O psicólogo precisa estar atento as necessidades do enfermo, que está sem expectativa de vida e desejando apenas descansar de seu sofrimento, além de acompanhar os anseios da família, que fica dividida pela dor da separação do ente



querido, que é muito difícil, mas, por outro lado, a morte vai trazer paz e cessar o sofrimento do mesmo.

A complexidade de decisão da legalização das práticas expostas está justamente entre dois extremos, o de não matar, em hipótese alguma, e o de não adiar a morte alongando o sofrimento da pessoa, tendo em vista sempre a dignidade humana.

Deve-se respeitar o homem e seu livre arbítrio, ou seja, é plausível reconhecer a cada um, o direito enquanto ser humano, de decidir acerca do destino de sua vida e de sua morte.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI-CAMON, V.A. **Psicologia hospitalar: passado, presente e perspectivas.** In V.A. Angerami-Camon, H.B.C. Chiattonne, E.A. Nicoletti. (2004). *O doente, a psicologia e o hospital.* (3. ed.). Pioneira: São Paulo.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). **Psicologia Hospitalar: teoria e prática.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

BROWN, F. H. **O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar.** In: B. Carter & M. McGoldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para terapia familiar* (pp. 393-414). Porto Alegre: Artmed, 2001.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal: Parte Especial – art. 121 a 212.** São Paulo: Saraiva, 2015. Ed. 15.

CREPALDI, M. A., RABUSKE, M. M., & GABARRA, L. M. **Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica.** In: M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares, & G. B., 2006.

CRUZ, Taisa Ferraz da Silva. **Psicologia hospitalar e eutanásia.** Rev. SBPH, 2005, vol.8, n.2, pp. 17-23.

DIAS, R. R., Baptista, M. N., & Baptista, A. S. D. **Enfermaria de pediatria: avaliação e intervenção psicológica.** In M. N. Baptista & R. R. Dias (Orgs.), *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos* (pp.59-69). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

FONSECA, J.P. **Estudos avançados sobre o luto.** Campinas: Livro Pleno, 2002.

GOLDIN, José Roberto. **O direito de morrer.** Bioética Morte e Morrer. Revista Consulex, N° 322, 2010, p. 28/30.

GOMES, Orlando. **Contratos**. 26. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

ISMAEL, S.M.C. A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. *In*: S.M.C. Ismael (org). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casado Psicólogo, 2005.

JUNGES JR. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. **Rev. Bioética**, 2010, p. 275-288.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KOVÁCS, M. J. Comunicação em cuidados paliativos. *In*: C. A. M. Pimenta, D. D. C. F. Mota, & D. A. L. M. Cruz (Orgs.). **Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia** (pp. 86-102). Barueri/SP: 2006.

LISBÔA, M. L., & CREPALDI, M. A. **Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado**. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 13(25), 97-109 (2003).

MOLD, Cristian Fetter. **Apontamentos sobre a lei andaluza de direitos e garantias da dignidade da pessoa durante o processo de morte**. IBDFAM, Belo Horizonte, 2010, p. 1.

RICOU, Miguel. 2009. Comunicação Médico-paciente na Transição para Cuidados Paliativos: Um Estudo Exploratório da Realidade Portuguesa. *In*: **Eutanásia e Outras Questões Éticas no Fim da Vida**, ed. Rui Nunes, Guilhermina rego, Ivone Duarte, 55 - 80. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2, Ltda.

ROBATTO, Waldo. Eutanásia: sim ou não? **Aspectos Bioéticos Revista e ampliada**. Curitiba: Instituto Memoria, 2008.

SELLI, ML, Alves JS. **Distanásia**: percepção dos profissionais da enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem 2009; p. 1-6.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 20046

SUETÔNIO. **A vida dos doze Césares**. Tradução de Sady-Garibaldi. (2a ed). Prestígio Ed., São Paulo, 2002.