

# **PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGISLATIVOS DA MEDICINA LEGAL**

ORGANIZADORAS

Bianca de Souza Domingues

Mariane Cristina Pedro Pena

Fiorita Gonzales Lopes Mundim

# **PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGISLATIVOS DA MEDICINA LEGAL**

**Capa: Bianca de Souza Domingues**

**Formato: E-book**

**Nº de Páginas: 55**

**Ano de edição: 2025**

**Editora: UNIVÁS**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

Mundim, Fiorita Gonzales Lopes. (Org.)

Princípios Éticos e Legislativos da Medicina Legal / Organização de Fiorita Gonzales Lopes Mundim, Mariane Cristina Pedro Pena e Bianca de Souza Domingues – Pouso Alegre: UNIVÁS, 2025.

55f.

Vários autores

ISBN: 978-65-85924-23-8

DOI:

1. Medicina Legal. 2. Cuidados Paliativos. I. Título.

CDD – 614.1

Bibliotecária responsável: Michelle Ferreira Corrêa

CBR 3538/6

Copyright © 2025

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte, que não seja para qualquer fim comercial e que haja autorização prévia, por escrito, do autor.

## PREFÁCIO

O prefácio tem finalidade de explanar sobre a obra e provocar o leitor: estimular vontade. Precursora da ação; que repetidas vezes se torna hábito de desenvolvimento da “vontade de querer” ler, se envolver com o tema e incorporar preceitos, conhecimentos, direcionamentos, questionamentos. Inúmeros seriam os sentimentos traduzidos em palavras a serem descritos em obra que trata de assunto polêmico como:” princípios éticos e legislativos da medicina legal”.

O leitor da presente obra tornar-se-á coadjuvante em tema que desperta: júbilo e indignação! Grande escritor espanhol do século XX: J. J. Benítez, apresentava contexto necessário em prefácios quando escrevia: “se você não se considera apto para se envolver em assunto polêmico, que desperte sentimentos, os quais necessitam controle, ou: se você está vinculado a conceitos que envolvam permanência. Por favor! Não saia do prefácio”. Porque a presente obra tem intuito de demonstrar a necessidade que o ser humano tem de encarar a única verdade inquestionável! A impermanência da vida.

A partir dos conceitos que levarão o leitor a continuar na empreitada de leitura da presente obra: destacam-se situações de vida que causam impulsionamento para reflexão! O universo é de uma complexidade estarrecedora! O autor do prefácio se considera componente do contexto e também responsável pela divulgação do texto. Por isso toma a liberdade de falar na primeira pessoa, em ocasião necessária para expressar: em tudo que estudei na vida não tem quem convença que não há um arquiteto do universo. Matemático, sociológico, psicológico? Não sei. Nada é simples! É ignorância brutal do ser humano achar que tudo é simples. Não é! Tudo é extremamente complexo. Há sim uma vontade suprema!

A consciência (com ciência) que é a tendência humana de executar o ato de experimentar - em si - e tirar conclusões; nos leva a confabular que temos um certo controle dos fatos! Mas, se fato não requer argumento, a partir do momento que iniciamos a argumentação sobre qualquer assunto, principalmente sobre: eutanásia, distanásia, ortotanásia, mistanásia, cuidados paliativos, bioética, legislação. Concluo novamente em primeira pessoa! Estamos envolvidos direta e indiretamente com as situações de vida que requerem tais argumentações? Se não: serão somente argumentações. Que poderão se tornar subsídios para futuros encontros com assuntos como a terminalidade da vida.

O leitor, agora consciente do que terá por vir na obra. Deparará com termos fortes: “permitir que a doença siga seu curso natural”, “obstinação terapêutica”, “morte infeliz

evitável”, “não promovendo um adiamento penoso da morte”. O intuito será sempre provocar reflexão, visto que as conclusões são sempre individualizadas.

Diante de tanta interlocução sobre a presente obra: surge novamente a primeira pessoa. Para agradecer pelo convite em escrever tal prefácio e salientar que é incontestável a afirmação das considerações finais: “... a relevância dos cuidados paliativos, que buscam proporcionar conforto tanto ao paciente em estado terminal quanto a seus entes queridos...”. Somente quem passou pela morte de pai, mãe, avôs e avós, poderia discutir sobre o que assistiu na terminalidade da vida de entes queridos.

A experiência nos auxilia a ter argumentos filosóficos, os quais necessitam ser embasados em filosofias e filósofos da antiguidade como o mestre; meu preferido: Heráclito, pré-socrático, considerado o obscuro por defender que: “tudo flui” e assim que a vida é impermanente. Qualquer discussão que impulsiona à visão de permanência é fadada ao não cumprimento da ética.

Boa leitura aos que se considerarem aptos.

José Dias da Silva Neto

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<i>Amy Talita Brezger Santos, Enzo Barreto Viana, Fernanda Mathias Rabelo Peixoto, Matheus Legati Cândido, Sabrina Gualberto Botrel Ferreira, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>Referências.....</b>	<b>7</b>
<b>1. EUTANÁSIA.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1. Definição.....</b>	<b>9</b>
<i>Gabriela de Moura Camargo, Larissa Mika Kumagai, Marina Magalhães Francisco, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>1.2. Bioética.....</b>	<b>10</b>
<i>Giulia Lins de Medeiros, Lara Pereira do Carmo, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>1.3. Legislação.....</b>	<b>15</b>
<i>Leonardo Marconi Coqueijo Monteiro, Lucca Lopes Prado, Mariana Nunes Lima Dias, Paula Barros Ângelo, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>1.4. Referências.....</b>	<b>15</b>
<b>2. DISTANÁSIA.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1. Definição.....</b>	<b>18</b>
<i>Mariane Cristina Pedro Pena, Ana Luiza Martins Guimarães, Eduarda Pereira Silveira, Polyana Adelino Mendonça, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>2.2. Bioética.....</b>	<b>20</b>
<i>Isadora Azevedo Cardeliquio Cantarelli, Hygor Sartório Sant’Ana, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>2.3. Legislação.....</b>	<b>22</b>
<i>Bianca de Souza Domingues, Beatriz Borges de Faria, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>2.4. Referências.....</b>	<b>25</b>
<b>3. ORTOTANÁSIA.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1. Definição.....</b>	<b>27</b>
<i>Maria Isabel Aparecida de Faria, Mariane Paiva de Oliveira, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>3.2. Bioética.....</b>	<b>27</b>
<i>Bruno Gonçalves Gomes, Cássio Fonseca Campos, Felipe Pereira Finoti, Gabriela Maria Ribeiro de Oliveira, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>3.3. Legislação.....</b>	<b>28</b>
<i>Luísa Brandão Reis, Maria Clara de Andrade Oliveira, Mariana Bortoluci Zucherato, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>1.4. Referências.....</b>	<b>30</b>

<b>4. MISTANÁSIA.....</b>	<b>31</b>
<b>4.1. Definição.....</b>	<b>31</b>
<i>Isadora Cardoso Abreu, Júlia Fonseca Leão, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>4.2. Bioética.....</b>	<b>33</b>
<i>Larissa Azevedo Resende, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>4.3. Legislação.....</b>	<b>34</b>
<i>Mariane Paiva de Oliveira, Maria Isabel Aparecida de Faria, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>4.4. Referências.....</b>	<b>35</b>
<b>5. CUIDADOS PALIATIVOS.....</b>	<b>38</b>
<b>5.1. Definição.....</b>	<b>38</b>
<i>Cássio Fonseca Campos, Pedro Henrique de Oliveira Mello, Fiorita Gonzales Lopes Mundim..</i>	
<b>5.2. Bioética.....</b>	<b>39</b>
<i>Gabrielle Elisa da Fonseca Vilhena, Júlio César Teixeira Miranda, Luciana Fernandes Duarte, Patrícia Rios Ferreira, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>5.3. Legislação.....</b>	<b>45</b>
<i>Carolina Barros Abate Dantas, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>5.4. Referências.....</b>	<b>47</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>51</b>
<i>Beatriz Carvalho Almeida, Renata da Silva Rodrigues, Fiorita Gonzales Lopes Mundim.....</i>	
<b>Referências.....</b>	<b>52</b>

## INTRODUÇÃO

*Amy Talita Brezger Santos, Enzo Barreto Viana, Fernanda Mathias Rabelo Peixoto, Matheus Legati Cândido, Sabrina Gualberto Botrel Ferreira, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

Desde os primórdios, a medicina passou por notáveis transformações e avanços, especialmente ao longo do século XX. Inovações tecnológicas, controle e erradicação de doenças, aprimoramento de procedimentos cirúrgicos e desenvolvimento da anestesia contribuíram para aumentar a expectativa de vida e tornar a morte natural menos comum.

Entretanto, esses avanços, embora melhorem a qualidade de vida e reduzam a mortalidade, podem, em certos casos, prolongar desnecessariamente a vida e resultar em tratamentos injustificáveis. O aumento da longevidade coloca em evidência a dualidade entre saúde e doença, tornando as pessoas mais suscetíveis a doenças crônicas incuráveis que as levam à terminalidade.

Nesse contexto, os conceitos de "morte digna" e "boa morte" têm ganhado destaque na sociedade. Existem diferentes abordagens em relação aos tratamentos oferecidos a pacientes em estágio terminal: a abreviação da morte (eutanásia), a aplicação de esforços terapêuticos desproporcionais (distanásia) e os cuidados paliativos que visam aliviar o sofrimento (ortotanásia). Portanto, é crucial discutir a diferença entre o uso de métodos artificiais para prolongar a vida e a decisão de permitir que a doença siga seu curso natural. O dilema entre eutanásia, distanásia e ortotanásia é objeto de intenso debate na sociedade contemporânea.

A eutanásia, termo de origem grega que significa "boa morte", refere-se à prática de abreviar a vida de um paciente com doença incurável de maneira controlada e assistida por um especialista, visando proporcionar uma morte digna<sup>1</sup>. O conceito foi introduzido por Francis Bacon em 1623, em sua obra *Historia Vitae et Mortis*, onde ele descreve a eutanásia como o "tratamento adequado às doenças incuráveis"<sup>1</sup>.

No Brasil, tanto o Código de Ética Médica quanto o Código Penal proíbem a prática da eutanásia. O Código de Ética Médica, em seu Artigo 66, veda ao médico "utilizar meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal"<sup>2</sup>. O Código Penal, por sua vez, enquadra a eutanásia como homicídio, conforme estabelecido no Artigo 1213<sup>3</sup>. Em contraste, países como Bélgica e Holanda legalizaram a eutanásia em 2002, sob certas restrições<sup>4,5</sup>.

A distanásia é caracterizada pela tentativa de prolongar a vida biológica a qualquer custo, utilizando processos terapêuticos cujo efeito pode ser mais nocivo do que benéfico,

chegando a ser inútil. Também conhecida como obstinação terapêutica, essa prática foca na quantidade de tempo de vida, empregando todos os recursos possíveis para prolongá-la ao máximo, mesmo que isso resulte em uma morte difícil e penosa para o paciente.

Por outro lado, a ortotanásia promove uma morte digna e humanitária, no momento adequado, sem recorrer a tratamentos desproporcionais, como na distanásia, e sem abreviar o processo de morrer, como na eutanásia. Essa prática busca evitar procedimentos que comprometam a dignidade humana na fase final da vida, não promovendo um adiamento penoso da morte.

É fundamental diferenciar o direito à deliberação sobre a morte e o privilégio de uma morte digna. A liberdade de decidir sobre a própria morte, associada à eutanásia, pode ser comparada ao suicídio, pois envolve meios e procedimentos que provocam a morte. Por outro lado, o prolongamento do sofrimento em um paciente terminal, por meio de métodos intervencionistas fúteis e inúteis, contraria os preceitos de uma morte natural e digna.

As questões mencionadas promovem intensa reflexão e discussão em diversas esferas e países. Devido à sua relevância no campo da Bioética, tanto no âmbito acadêmico quanto na área da saúde, é essencial desenvolver estudos e debates que abordem esses temas e reflitam sobre a legalidade dos métodos discutidos.

A Associação Médica Mundial, desde 1987, na Declaração de Madrid, considera a eutanásia um procedimento eticamente inadequado<sup>6</sup>.

Ao longo deste capítulo, exploraremos mais detalhadamente os conceitos de ortotanásia, distanásia e eutanásia, bem como as implicações éticas, legais e sociais associadas às práticas supracitadas.

## **Referências**

1. BACON, Francis. *História Vitae et Mortis*. 1623.
2. BRASIL. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 30 março 2025.
3. BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Diário Oficial da União, Brasília, 7 de dezembro de 1940. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm). Acesso em: 30 março 2025.

4. BÉLGICA. Loi relative à l'euthanasie. 28 mai 2002. Bruxelles: Moniteur Belge, 2002.
5. PAÍSES BAIXOS. Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act. 1º de abril de 2002. The Hague: Government of the Netherlands, 2002.
6. ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Declaração de Madrid sobre Autonomia Profissional e Autorregulação. Madrid, 1987.

# 1. EUTANÁSIA

## 1.1. Definição

*Gabriela de Moura Camargo, Larissa Mika Kumagai, Marina Magalhães Francisco, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

A palavra Eutanásia é oriunda da expressão “euthanatos” - da Grécia Antiga, sendo, o “eu” como “bom/boa” e o “thanatos” como “morte”<sup>1</sup>. Significando, nesse sentido, “boa morte”. Na perspectiva clássica, foi primariamente definida como o extermínio do ser humano, sendo posteriormente reformulada como morte indolor intencional. Nos dias atuais, emprega-se tal palavra como ato de condensar a vida, habitualmente, para sumarizar a dor referida por pacientes<sup>2</sup>.

O termo Distanásia também é originário da cultura grega, caminhando na direção contrária à eutanásia, em que “dis” significa “afastamento”, propõe-se o prolongamento da vida e conseqüente afastamento da morte<sup>1</sup>. Na contemporaneidade, a expressão é tida como emprego de artifícios tecnológicos para postergação artificial do óbito por meio de terapêuticas diversas da área da saúde. A Distanásia é também referenciada como obstinação terapêutica, por desconsiderar como parte da vida biológica sua qualidade e dignidade do indivíduo em questão<sup>3</sup>.

O étimo grego da palavra Ortotanásia consiste em “morte certa”, em que “orto” significa “certo”. Tem-se a compreensão da morte em seu processo natural e inevitável, destoando-se da eutanásia que preconiza o encurtamento artificial da vida, e a distanásia que postula sua prorrogação. A ortotanásia é professada como ato de respeito ancorado aos cuidados paliativos<sup>4</sup>.

Por fim, o neologismo “mistanásia” foi criado em 1989 por Márcio Fabri dos Anjos, sua etimologia é grega, “mys” significa infeliz; e thanathos como já dito, morte; ou seja, “morte infeliz”, evitável. Ferreira, tipifica a morte evitável como responsabilidade governamental, isto é, a ausência de políticas públicas eficazes inviabiliza a mudança estrutural da pobreza, e condiciona a população à permanência indigna<sup>5</sup>. Tais violências cometidas pelo Estado são estimuladas pelos cortes orçamentários na saúde e educação, que impossibilitam a ascensão social e o repertório político aos negligenciados; culminando no desamparo sistemático que institui a cidadania<sup>6</sup>.

Nesse enfoque, é relevante a discussão sobre o ordenamento jurídico das práticas supracitadas em múltiplos arranjos culturais. Diante desse contexto, este relatório objetivou analisar por meio das bases histórica, política, filosófica, social, jurídica e teórica o conceito da morte e seus artifícios na contemporaneidade.

A morte tem como principal definição o processo final de finitude da vida, a interrupção definitiva da vida de um organismo. A morte é, essencialmente, uma passagem que mostra que cada indivíduo que vive está submetido a temporalidade e uma dúvida a qual não se tem previsão de resposta<sup>7</sup>. Ela impregna-se de significados dependentes do contexto sociocultural e histórico de cada população, não sendo apenas um processo biológico, mas um processo filosófico e social<sup>8</sup>.

Outro conceito importante atrelado à morte é o da morte digna. Essa expressão foi e é usada de diversas formas, para justificar pontos de vista diferentes, sendo extremamente subjetivo, tendo sido usada para justificar homicídios na Segunda Guerra Mundial, como para defender os cuidados paliativos ou o direito do paciente de escolher o momento de sua morte<sup>9</sup>.

A eutanásia se enquadra como parte do conceito de morte digna. É um conceito que significa abreviar a vida do doente, como modo de aliviar ou evitar sofrimento para os pacientes, em que se respeita a decisão do doente acerca da própria vida, assim, o indivíduo passa a ter direito sobre a própria vida e sobre a própria morte<sup>9,10</sup>. Atualmente, trata-se de um tópico amplamente discutido pela bioética, uma vez que a morte, por ser um conceito filosófico e ao mesmo tempo biológico, causa um paradoxo entre os modos de encarar tal processo<sup>11</sup>. Um lado, percebe-se a religião, em que a própria morte não é um processo do indivíduo, mas de uma entidade divina, contrapondo-se àqueles que acreditam que cada um deveria ter autonomia sobre a forma como prefere morrer<sup>10,12</sup>.

O termo eutanásia foi proposto por Francis Bacon, em 1623, com o significado de “tratamento adequado as doenças incuráveis” e desde então diversas discussões e pontos de vista foram criados, cabendo a cada cultura, experiência pessoal e social determinar sua razão perante o assunto. No entanto, vivemos em um mundo baseado em sociedade, na qual é necessário leis para que se viva em harmonia e todos estão submetidos à esta, estando de acordo ou não.

## **1.2. Bioética**

*Giulia Lins de Medeiros, Lara Pereira do Carmo, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

Eutanásia é uma palavra de origem grega que significa “morte doce”, “morte calma”. Do grego, “eu” e “thanatos”, que significam a morte sem sofrimento e sem dor. A prática da eutanásia não é desconhecida da ancestralidade, sendo frequentemente utilizada sob os mais diversos desígnios. O filósofo Platão, em um de seus diálogos responde ao interlocutor por Gláucon, se é correta a postura de médicos e juízes tratar somente cidadãos “bem constituídos de corpo e alma”, deixando “morrer os que fisicamente não estiverem nessas condições, respondeu.” Parece-me que é o melhor, quer para os próprios pacientes, quer para a cidade<sup>8</sup>.

Esta prática é tão antiga quanto à própria existência humana, vista em várias culturas, como pecado ou como parte da cultura em si, partindo da afirmação inegável de que a vida tem seu término, é preferível que a dor e a angústia sejam a todo custo eliminadas desse processo, optando pelo direito de morrer dignamente. Obviamente o conceito de morte digna é interpretado de várias maneiras, o que encerra tamanha discussão sobre o tema, e a dificuldade em se chegar a um consenso da legitimidade de uma lei que seja justa e ética.

A definição da eutanásia no conceito médico e no dicionário da língua portuguesa como sendo ato de proporcionar morte sem sofrimento a um doente atingido por afecção incurável que produz dores intoleráveis e sofrimentos físicos ou psíquicos. Conforme a sociedade evolui modificou-se a ideia sobre os temas propriamente ditos, desde a antiguidade é questionado sobre essa prática, como sendo de relevante pensamento e considerado de forma abrangente como direito absoluto. O cristianismo trouxe um caráter absoluto e intransigível de determinado ato, justamente por essa “punição” ou forma de “selecionar” da sociedade civil e política daqueles tempos os considerados “aptos” ou “úteis” de alguma forma ao poder controlador daquela época.

É inegável que a prática da eutanásia, principalmente até os dias atuais, traz consigo a questão cultural muito influenciada pela religião e isso reflete nas legislações e nos Códigos de Ética, como o Código de ética médica, onde de forma clara é defendido o direito absoluto à vida e com a evolução médica de sempre buscar-se uma solução contra a morte. A medicina hoje em dia, conforme está se desenvolvendo na possibilidade de salvar mais vidas, cria inevitavelmente complexos dilemas éticos que permitem maiores dificuldades para um conceito mais ajustado do fim da existência humana. Além disso, o aumento da eficácia e a segurança das novas modalidades terapêuticas motivam também questionamentos quanto aos aspectos econômicos, éticos e legais resultantes do emprego exagerado de tais medidas e das possíveis indicações inadequadas de sua aplicação. O cenário da morte e a situação de paciente terminal são as condições que desencadeiam maiores conflitos neste contexto, levando em conta os princípios bioéticos, às vezes contraditórios, do direito à vida e o direito a uma morte digna.

A bioética não se limita a reconhecer duas modalidades de eutanásia, passiva e ativa. Interessa-se também por outros temas e convida o doente e demais sujeitos a participar das decisões sobre cuidado e processo de morte, sem evitar os desafios emocionais, sociais, culturais e econômicos envolvidos nessa dinâmica. Ao abordar a eutanásia sob a ótica da bioética, acolhe-se e valoriza-se aquilo que é desvalorizado no meio social, principalmente no meio científico: as opiniões dessas pessoas. Devolve-se ao sujeito a autonomia, sua capacidade de gerenciar a própria vida e morte. Abre-se espaço para negociação, retirando enfermos e familiares da condição de dominados por consentimento. Portanto, essa perspectiva se aproxima do pensamento de Sartre ao evitar que o paciente seja apenas espectador, oferecendo-lhe a possibilidade de pensar e decidir, de fazer escolhas conjuntas, ainda que isso lhe traga certa angústia, mormente se infringir regras morais<sup>2</sup>.

Por conseguinte, a eutanásia demonstra-se um procedimento complexo e singular, não envolvendo somente a pessoa que morre, mas também familiares, amigos e cuidadores, não se limitando ao momento da morte propriamente dito, porque abrange diferentes aspectos dos indivíduos, antes e depois do processo. Contudo, da mesma forma que a clínica médica utiliza a história dos sujeitos para elaborar projetos terapêuticos singulares, que lhes permitam continuar fazendo escolhas e gerenciando a própria vida mesmo acometidos por doença, a bioética considera a narrativa das pessoas envolvidas no processo da eutanásia e mostra-se mais coerente com a complexidade da existência humana.

Na medicina antiga, Hipócrates tinha como objetivo o ato de aliviar o sofrimento dos enfermos e reduzir os danos da doença. No início do século XVI, Francis Bacon reformulou a prática médica dizendo que sua finalidade era a preservação da saúde, cura das doenças e prolongar a vida.

Com o advento da Revolução Tecnológica, medicamentos e técnicas propiciaram o aumento na expectativa de vida na população. Todavia, nota-se com que com o passar dos anos a busca pelo prolongamento da vida está cada vez mais frequente. Pacientes submetidos por procedimentos que tiram mais ainda sua qualidade de vida em situações de terminalidade, trazendo maior sofrimento para ele e a família. Essa prática é denominada distanásia, ou seja, prolongamento exagerado da morte de um paciente. Vale ressaltar também que tal prática é proibida pelo Código de Ética Médico, sendo preconizada a ortotanásia - morte no tempo certo<sup>4</sup>.

Além disso, muito se discute na atualidade sobre Cuidados Paliativos auxiliando na melhor qualidade de vida dos pacientes no final da vida e relatam alguns princípios, sendo alguns deles: prevenção e controle de sintomas sem prolongar nem antecipar a morte;

intervenção psicossocial e espiritual; paciente e família como unidade de cuidados; autonomia e independência, comunicação e trabalho em equipe multiprofissional.

O código de Nuremberg, criado em 1947 nos Estados Unidos para julgar os médicos nazistas, que estabelece princípios éticos para a pesquisa em seres humanos, continua a ser fundamental e influente na área da bioética e da pesquisa clínica, servindo como base para regulamentações e diretrizes em todo o mundo. Além disso, o código configura na autodeterminação do cidadão estabelecendo que o consentimento informado pelo cidadão era requisito imprescindível para que as experiências médicas sejam etnicamente aprovadas.

Em decorrência da Dignidade da Pessoa Humana promoveu-se o Princípio da Autonomia da Vontade configurado no direito de escolha quanto ao seu corpo para assim preservar-se sua integridade física e mental. No direito da autonomia do paciente há uma relação íntima com a obrigatoriedade do médico de fornecer informações sobre o seu estado de saúde de forma clara, pois caso o enfermo não contenha clareza na totalidade de dados médicos todas as informações necessárias à sua autonomia estariam sendo restrita.

Permeando também os preceitos fundamentais da bioética, o princípio da autonomia da vontade gerou verdadeiras mudanças nas relações entre médicos e pacientes. Em meados da década de 70 do século passado, o paciente era tratado como simples objeto, porém, com o passar dos tempos, seu tratamento passou a ser de sujeito a qualidade de vida, tratada também como um princípio pela bioética, tem como prisma a interação do ser humano com outros e consigo mesmo, realizando certos atos, alcançando objetivos e vivenciando experiências da vida.

No Brasil, a prática da eutanásia adquiriu caráter criminoso, sendo condenada possivelmente devido à propagação de um discurso religioso de proteção à vida e em virtude da racionalização e da humanização do direito. Vejamos abaixo a íntegra do artigo 121, § 3º do Código Penal (CPB)<sup>3</sup>:

[...] § 3º “Se o autor do crime agiu por compaixão, a pedido da vítima imputável e maior, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave: Pena: reclusão de três a seis anos”<sup>3</sup>.

O Novo Código de Ética Médica (CEM), aprovado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução 1931/09, em vigor desde 14 de abril de 2010, dispõe no seu Art. 41, parágrafo único<sup>4</sup>:

“É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal, seguido pelo parágrafo único, que contém: Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”<sup>4</sup>.

O CEM prevê ainda no capítulo “Princípios fundamentais”, que: nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados<sup>4</sup>.

Portanto, observa-se que a eutanásia é um procedimento proibido não só no universo jurídico brasileiro, como também para os profissionais de saúde.

José Afonso da Silva esclarece que o “princípio da dignidade humana”, por ser uma ordem jurídica brasileira que valoriza a pessoa humana, impõe um dever de abstenção e de condutas positivas tendentes a efetivar e proteger a pessoa humana<sup>6</sup>. Assim, a imposição recai sobre o Estado de respeitar, proteger e promover as condições que viabilizem a vida como dignidade.

Em razão dos fatos expostos acima, fica subentendido com base na interpretação do princípio da dignidade humana, bem como do direito à vida, consagrada na CRFB/88, que o direito à morte digna é legal, porém, nosso sistema jurídico brasileiro não possui uma norma federal que dê aos médicos segurança jurídica quanto à prática da ortotanásia, mesmo sabendo que tal prática de fato é legal.

Por conseguinte, na distanásia, por ser um tratamento que visa prolongar a vida do paciente em estado terminal não se vê o afrontamento a qualquer norma jurídica, diferente da eutanásia que uma terceira pessoa abrevia a vida do paciente caracterizando crime previsto no CPB de “suicídio assistido”, sendo, portanto, a prática proibida no ordenamento jurídico brasileiro.

Em função de uma análise mais profunda dos fatos, percebe-se que, devido às circunstâncias do caso concreto que envolve a prática da eutanásia, ortotanásia, e distanásia há um clamor da sociedade com base nos princípios da liberdade e dignidade humana, de que o Estado possa intervir o mínimo possível na decisão do processo de encerramento da vida natural em paciente em fase terminal de vida.

Desde o início dos tempos, o ser humano desafia as doenças e busca sem sucesso uma cura absoluta para evitar o fim da vida. Hoje, apesar do gigantesco arsenal terapêutico ao nosso dispor, essa ainda é uma limitação da Medicina.

A legalização da eutanásia suscita uma reflexão profunda sobre os valores essenciais da sociedade no que diz respeito à vida, à morte e à autonomia. Ao possibilitar uma participação mais ativa dos pacientes em decisões cruciais sobre o fim da vida, essa prática desafia os modelos tradicionais de cuidado médico e demanda um compromisso renovado com os princípios éticos que norteiam a relação entre médicos e pacientes. A complexidade inerente à

regulamentação da eutanásia exige um equilíbrio sutil entre a liberdade individual e a proteção coletiva, tornando-se um tema central no debate atual sobre direitos humanos, ética médica e legislação.

### 1.3. Legislação

*Leonardo Marconi Coqueijo Monteiro, Lucca Lopes Prado, Mariana Nunes Lima Dias, Paula Barros Ângelo, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

A eutanásia significa boa morte, direito de escolha sem sofrimento e sem dor. Países como Holanda, Bélgica, Luxemburgo e Espanha mostram uma alternativa que pode ou não ser utilizada, sendo a decisão do próprio acamado ou, na sua impossibilidade, o seu representante legal<sup>1</sup>.

No Brasil ainda existem barreiras relacionadas à legislação e também às questões religiosas, tanto na igreja católica como na evangélica. É evidente que existem vertentes relacionadas a maneira de aliviar o sofrimento humano e de seus entes e, por outro lado, tem-se o direito à vida, direito fundamental estabelecido na Constituição Federal de 1988<sup>2</sup>.

A eutanásia é alvo de vários debates e no Brasil não se tolera tal prática, sendo definido na legislação brasileira como suicídio privilegiado, conforme Art. 121 do Código Penal<sup>3</sup>.

O Conselho Federal de Medicina prevê em sua Resolução nº 1805/06 os deveres do profissional de medicina, constando em seu Art. 1º a possibilidade de um médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal<sup>4</sup>.

A grande inovação pelo âmbito do Direito Penal é dada pelo Projeto de Lei nº 236/2012 no Senado Federal, em que há controvérsias na opinião pública sobre a Eutanásia<sup>5</sup>.

## 2.4 Referências

### Definição

1. BENEDIDES, Ranyelle Batista *et al.* Eutanásia, distanásia e ortotanásia: A (im)possibilidade de (des)criminalização desses institutos. 2018.
2. BATISTA, Kátia Torres *et al.* Reflexões bioéticas nos dilemas do fim da vida. Brasília Méd, Brasília, v. 46, n. 1, p. 54-62, 2009.
3. SELLI, Lucilda; ALVES, Joseane de Souza. Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem [S. l.], v. 17, n. 4, p. 1-6, 2009.

4. PESSINI, Leo. Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. *Revista Bioética*, Brasília, v. 18, n. 3, p. 549-560, 2010.
5. FERREIRA, Sidnei. A mistanásia como prática usual dos governos. *Jornal do Cremerj: Coluna do conselheiro*. Rio de Janeiro, n. 324, p. 6, 2019.
6. FERREIRA, Sidnei; PORTO, Dora. Mistanásia × Qualidade de vida. *Rev Bioét [S. l.]*, v. 27, n. 2, p. 191–5, abril de 2019.
7. MARTON, Scarlet. *A morte como instante da vida*. Curitiba: PUCPRESS, 2018.
8. COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Morte: uma visão psicossocial. *Estud psicol.*, Natal, v. 11, n. 2, p. 209–216, maio de 2006.
9. DADALTO, Luciana. Morte digna para quem? O direito fundamental de escolha do próprio fim. *Pensar, revista de ciências jurídicas*, Fortaleza, v. 24, n. 3, p.1-11, jul./set. 2019.
10. FELIX, Zirleide Carlos *et al.* Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2733-2746, 2013.
11. BATISTA, Rodrigo Siqueira. A eutanásia e os paradoxos da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 207-221, 2008.
12. BATISTA, Rodrigo Siqueira. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 31-41, 2004.

### **Bioética**

1. LIMA, Shávia Lemos; LOPES, José Augusto Bezerra. Aspectos Éticos e Jurídicos da Eutanásia em Pacientes Terminais. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, Gurupi, Tocantins, v. 10, n. 4, abril de 2024.
2. BEDRIKOW, Rubens. Euthanasia from the perspective of extended bioethics and clinics. *Revista Bioética*, Brasília, v. 28, p. 449-454, 2020.
3. BRASIL. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal, Brasília, Presidência da República, 1940. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm). Acesso em: 30 março 2025.
4. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM 1931/09, de 10 de abril de 2010. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/resolucao-cfm-no-1931-2009>. Acesso em: 30 março 2025.
5. COSTANZI, Thiago Gomes. *Eutanásia: direito de escolha do paciente*. 2016.

6. SILVA, José Afonso da. A dignidade da pessoa humana como valor supremo da democracia. *Revista de Direito. Administrativo*, Rio de Janeiro, v. 212, p. 89-94, p. 93, abr./jun. 1998.
7. FLORIANI, Ciro Augusto. Considerações bioéticas sobre os modelos de assistência no fim da vida. *Cadernos de Saúde Pública* 37.9, Rio de Janeiro. 2021.
8. RAMOS, Augusto César. Eutanásia: aspectos éticos e jurídicos da morte. Florianópolis OAB/SC Editora, p. 76, 2003.

### **Legislação**

1. CASTRO, Mariana Parrera Reis de *et al.* Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. *Revista Bioética*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 355–67, agosto de 2016.
2. BARBOSA, Gabriella Sousa da Silva; LOSURDO, Federico. Eutanásia no Brasil: entre o Código Penal e a dignidade da pessoa humana. *Revista de Investigações Constitucionais* 1 [S. l.], v. 5, n. 2, p. 165, maio de 2018.
3. BRASIL. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. *Diário Oficial da União*, Brasília, 7 de dezembro de 1940. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm). Acesso em: 16 dezembro 2022.
4. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM 1805/06, de 09 de novembro de 2006. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 28 dezembro 2022.
5. BRASIL. Senado Federal, Projeto de Lei do Senado 236/2012. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>. Acesso em: 16 dezembro 2022.

## 2. DISTANÁSIA

### 2.1. Definição

*Mariane Cristina Pedro Pena, Ana Luíza Martins Guimarães, Eduarda Pereira Silveira, Polyana Adelino Mendonça, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

Ao contrário de seu antônimo, “eutanásia”, o vocábulo "distanásia" é pouco difundido na área da saúde, porém notadamente implementado no cotidiano da prática médica, sobretudo nas unidades de terapia intensiva<sup>1</sup>.

O Dicionário Aurélio traz a definição de "morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento"<sup>3</sup>. Trata-se de um neologismo de origem grega, onde o prefixo “dis” traz o significado de "afastamento" e “thanatos”, de “morte”. “Distanásia”, portanto, significa “prolongamento exagerado da morte de um paciente”, resultado de uma atitude médica que, objetivando salvar a vida do paciente, submete-o involuntariamente a grande sofrimento<sup>1</sup>. Nesta conduta, no entanto, prolonga-se o processo de morrer<sup>1</sup>.

Buscando a precisão conceitual, muitos bioeticistas, como o espanhol Gafo, utilizam o termo “ortotanásia” para falar da "morte no seu tempo certo", ausente de abreviação ou prolongamentos desproporcionados, remetendo ao processo de humanização da morte e alívio das dores<sup>2</sup>.

Um conceito europeu para a distanásia manifesta-se na expressão "obstinação terapêutica" (l'acharnement thérapeutique), introduzida na linguagem médica francesa por Jean-Robert Debray, no início dos anos 50, definida como sendo "o comportamento médico que consiste em utilizar processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal a curar, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor que os inconvenientes previsíveis"<sup>4</sup>.

É de conhecimento geral que nascemos e que um dia iremos morrer, sendo um processo natural do ponto de vista biológico. Contudo, o problema basilar sob a perspectiva ocidental é que sempre atribuímos a morte em terceira pessoa, se tornando um assunto muitas vezes evitado. Ademais, a morte ainda é um aspecto socialmente associado à senescência<sup>6</sup>.

Logo, as causas para a distanásia são a adoração da vida, independentemente de sua qualidade, falta de conhecimento sobre a situação e medo da morte, sendo os pacientes com grande risco para tal condição os de unidade de tratamento intensivo (UTI), nascidos prematuros, pacientes crônicos com agravamento e os em estado terminal<sup>5</sup>.

Nesse contexto tornam-se relevantes questionamentos acerca da relação entre a medicina e a tecnologia, uma vez que em um primeiro momento espera-se que, com o auxílio dessa, o processo da morte possa se tornar mais digno, porém, se usada de forma equivocada, causa o efeito inverso<sup>1,7</sup>.

O crescente conhecimento e tecnologia que tornam possível a manutenção da sobrevivência de pacientes graves são também fontes de dilemas éticos, borrando os limites terapêuticos e causando o sofrimento e a angústia na ausência de uma cura, os quais atribuímos à distanásia<sup>1,7</sup>.

Assim, é perceptível o quanto a idolatria da vida e a visão da morte como uma falha da medicina contribuem com esse processo, sendo necessário a consciência de que o papel médico é focado na promoção da saúde e que o respeito e a dignidade devem ser concedidos ao paciente e seus entes queridos em todos os momentos, incluindo na morte<sup>1,7</sup>.

A relação médico-paciente é um elo profundo e intenso que se baseia em diversos fatores, sendo o mais notório deles a confiança. No contexto da morte, principalmente, essa relação de confiança torna-se mais exacerbada, pois, além de lidar com a vida do paciente nas mãos, como em todos os casos, ainda existe a relação com a família. Tanto uma relação como a outra são aprofundadas no conhecimento que o médico tem e na confiança que ele consegue transmitir a partir dele. Afinal, o conhecimento que o médico possui não é o mesmo que seu público.

O tratamento de um paciente nunca será inútil, mesmo sendo este requisitado pelo próprio; mas cabe ao médico a partir de seu conhecimento e de sua relação de confiança saber o que oferecer. Se há esperança, se vale a pena criá-la, ou vai ser em vão. A obstinação terapêutica vai além de uma futilidade médica. Prolongar a vida biológica de alguém causando mais sofrimento pode ser considerado até como um tipo de agressão.

Acima de tudo e considerando esses aspectos, o médico ainda tem como função a escolha do momento e do processo de finalização da vida. Não significa omissão de socorro, mas sim, entender que não cabe naquele momento a pertinência de manter um paciente no contexto de dor e sofrimento.

Por mais que a influência da ciência e da tecnologia trouxe muitas soluções para a medicina, a vida nem sempre vai corresponder a elas. A linha tênue do médico com a relação de seu paciente, a confiança e seu conhecimento é baseada no limite da possibilidade terapêutica e no processo de decisão da finalização da vida.

A cura da doença e o alívio do sofrimento são tidos como objetivos da medicina, não só por influenciarem na integridade do corpo, mas sim na integridade global do paciente<sup>1,8</sup>. A

distinção entre dor e sofrimento é de grande popularidade nos meios científicos, resultando disso a necessidade de claras definições<sup>1,8</sup>.

Entre as principais definições de dor, tem-se a da Associação Internacional e Estudo da Dor, que em 1979, definiu-a como "uma experiência emocional e sensorial desagradável associada com dano potencial ou atual dos tecidos, descrito em termos de tais mudanças"<sup>10</sup>. A dor pode ser experienciada como aguda ou crônica. A primeira, geralmente, tem um momento de início definido, sinais físicos objetivos e subjetivos, já na dor crônica, é definida como contínua por um período maior que seis meses, sem sinais objetivos, apesar de haver mudanças visíveis na personalidade, estilo de vida e habilidade funcional. Devido a isso, o tratamento de uma dor crônica, não envolve apenas aspectos físicos, mas também aspectos psicológicos e sociais<sup>1,9</sup>.

Há um momento, especialmente, nas doenças crônicas terminais, quando a impotência se torna mais intolerável, que aparece a diferença entre dor e sofrimento, definido por Daniel Callahan como "experiência de impotência com o prospecto de dor não aliviada"<sup>9</sup>. Sendo assim, sofrimento é entendido como um conceito mais global, traduzido basicamente como diminuição da qualidade de vida<sup>1</sup>.

Dessa forma, em um contexto clínico, é fundamental diferenciar esses dois conceitos, para que não se negligencie o bem estar geral do paciente, uma vez que a maioria dos tratamentos são focados na dor física. Além disso, permite a percepção que a disponibilidade de um tratamento para a dor não justifica a continuidade de cuidados médicos, muitas vezes, fúteis, pois podem implicar em mais sofrimento para o paciente. Um dos principais objetivos da medicina é aliviar a dor e o sofrimento daqueles que necessitam e oferecer um cuidado digno e respeitoso, para isso é necessário que se lide com as várias formas de dor existentes em um paciente terminal, como a física, psíquica, social e espiritual, e de seu sofrimento<sup>1</sup>.

## **2.2. Bioética**

*Isadora Azevedo Cardeliquio Cantarelli, Hygor Sartório Sant'Ana, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

A palavra bioética surgiu na década de 70 nos Estados Unidos da América, e foi forma de responder aos avanços da tecnologia no campo biológico, os quais vinham ocorrendo sem uma reflexão mais aprofundada.

Pode-se conceituar bioética como a ciência que estuda a vida dentro da ética de preservação da vida e da saúde<sup>1,4</sup>.

Dentro de sua finalidade, a bioética precisa atuar em diversos campos. Entre estes, podemos elencar: poder de decisão, deixando ao paciente a escolha dos tratamentos que lhe melhor interessem; diálogo interpessoal entre paciente e técnicos; inserção nas estruturas sociais e legais; respeito a regras e valores da sociedade em que inserido paciente e técnico; e bem estar coletivo<sup>6</sup>.

Como foi relatado, distanásia é quando a morte é prolongada, isto é, quando ocorre excesso de medidas para manter o paciente vivo. Então, a questão seria colocada da seguinte forma: até que ponto se deve prolongar o processo do morrer quando não há mais esperança de reverter o quadro? Manter a pessoa "morta-viva" interessa a quem?

Refletir eticamente sobre a distanásia no contexto brasileiro, a partir da ética médica codificada no Brasil e dos paradigmas de medicina existentes, não deixa de ser grande desafio visto que ainda temos significativo silêncio envolvendo a questão.

Como vemos, a distanásia (obstinação terapêutica), tornou-se problema ético de primeira grandeza na medida em que o progresso técnico-científico passou a interferir de forma decisiva nas fases finais da vida humana. O que ontem era atribuído aos processos aleatórios da natureza ou a "Deus", hoje o ser humano assume essa responsabilidade e inicia o chamado "oitavo dia da criação". A presença da ciência e tecnologia começa a intervir decisivamente na vida humana, e essa novidade exige reflexão ética<sup>4,5</sup>.

A partir da publicação dos Códigos de Ética Médica 1984 e 1988 a abordagem dos direitos do paciente terminal a não ter seu tratamento complicado, ao alívio da dor e a não ser morto pelo médico, entra numa nova fase com o surgimento de novos elementos, em grande parte trazidos pelo progresso da tecnociência. No Código de 1988 refere a obrigação de o médico "utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance", mas a medida do seu uso não é sua eficácia em resolver o problema técnico de como controlar o sofrimento e a morte, mas sim o benefício do paciente. Isto nos permite questionar se a gestão técnica do sofrimento e o adiar o momento do morrer são sempre do interesse do paciente<sup>2,3</sup>.

Um outro aspecto importante no Código de 1988, no que se refere ao direito do paciente de não ter seu tratamento complicado, é a preocupação em regulamentar pesquisas médicas em pacientes terminais<sup>3</sup>.

Sendo assim, o conflito entre tratar o paciente e deixá-lo falecer ainda é uma questão difícil de resolvê-la. A medicina, ao lado da tecnologia e da ciência mostram serem capazes de manter alguns pacientes por mais tempo vivos do que eles naturalmente ficariam. Isto de certa forma acarreta um conforto aos familiares de manter o seu familiar ainda vivo, mesmo que por aparelhos. Porém, o paciente em si pode estar em estado de sofrimento e com suas funções

vitais completamente alteradas. Os cuidados paliativos nesses casos já não são mais possíveis e o paciente depende exclusivamente da ciência para estar vivo<sup>2,3</sup>.

É importante que o médico jamais negue qualquer cuidado ao paciente, entrando novamente em um conflito em que é necessário fixar o momento a partir do qual a utilização de meio ordinário de terapia passa a extraordinário em pacientes em fase terminal de vida com o objetivo de estabelecer medidas proporcionais para a própria condição ou estado de vida, isso evita que o médico seja acusado de negar prestar atendimento ao paciente e a família.

Nesta circunstância, convém sentar-se junto ao leito de um paciente terminal que, numa prolongada agonia, luta contra o sofrimento, na expressão dos olhos angustiadas que buscam, sem encontrar, um alívio libertador. Convém a todos - porém especialmente aos médicos, enfermeiros, assistentes religiosos, capelães, teólogos - refletir sobre o sofrimento que, inutilmente, não poucas vezes, se acrescenta a uma agonia programada por uma terapêutica já inútil e somente utilizada para cumprir o dogma médico de "fazer tudo o que for possível para conservar a vida" - o qual, interiorizado de maneira acrítica por alguns, é aceito como princípio ético que não exige maior discussão e normatização.

Sendo assim, a bioética é levada em várias questões quando se trata de distanásia, seja médica, familiar e até mesmo religiosa. E a cada meio possui uma forma de agir e opinar.

Então, a única coisa que devemos levar em consideração seria respeitar o paciente, analisar sua situação no leito e junto aos familiares, apresentar todas as opções possíveis e deixar nítido o quadro que o paciente enfrenta e o que os médicos e a ciência podem oferecer para ele sem causar sofrimento, desrespeitar a medicina e a situação que se encontra.

### **2.3. LEGISLAÇÃO**

*Bianca de Souza Domingues, Beatriz Borges de Faria, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

No contexto brasileiro, não há uma regulamentação específica sobre a distanásia. No entanto, a Constituição Federal e o Código de Ética Médica estabelecem princípios fundamentais, como a dignidade da pessoa humana e a autonomia do paciente<sup>1</sup>, que são relevantes para essa questão.

O inciso III do artigo 1º da Constituição Federal de 1988 garante a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República, significando com isso dizer que toda pessoa é um fim em si mesma, tendo responsabilidade sobre sua vida e, por isso, suas decisões não devem ser impostas pela vontade de terceiros<sup>2</sup>. Portanto, estabelece que a vida não deve ser prolongada artificialmente sem considerar a qualidade de vida do paciente.

Atento a essa questão, o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou a Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006, que trata da possibilidade de o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que apenas prolongam a vida do paciente. Essa norma assegura ao doente os cuidados necessários para aliviar sintomas que causam sofrimento, garantindo uma assistência integral e respeitando a vontade do paciente ou de seu representante legal nos casos de enfermidades graves e incuráveis em fase terminal<sup>2</sup>. A Resolução estabelece:

Art. 1º. É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal<sup>2</sup>.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação<sup>2</sup>.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário<sup>2</sup>.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica<sup>2</sup>.

Art. 2º. O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar<sup>2</sup>.

Após a Resolução nº 1.805/2006, o CFM publicou a Resolução nº 1.995, em 31 de agosto de 2012, estabelecendo diretrizes para as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Essa regulamentação permitiu o reconhecimento formal do Testamento Vital no Brasil<sup>2</sup>, que se trata de um documento no qual uma pessoa expressa, antecipadamente, suas preferências em relação a tratamentos médicos futuros, especialmente em situações de doença grave ou terminal. Neste documento, o indivíduo pode manifestar sua vontade sobre a continuidade ou suspensão de determinados procedimentos, garantindo que suas escolhas sejam respeitadas caso esteja impossibilitado de se comunicar no momento da decisão.

Portanto, os dilemas éticos e morais envolvendo a preservação da dignidade do paciente e a limitação de intervenções sem benefícios efetivos à sua recuperação tornam-se questões centrais no debate médico e jurídico. Além disso, a autonomia do paciente se configura como um princípio fundamental, assegurando-lhe o direito de tomar decisões informadas sobre seu próprio tratamento. Nesse contexto, garantir que o paciente possa recusar procedimentos fúteis ou desproporcionais é essencial para respeitar sua vontade e evitar a prolongação desnecessária do sofrimento.

Na França, da mesma forma, a legislação também destaca a importância do respeito à dignidade dos pacientes em fase terminal. O Código de Saúde Pública da França estabelece que "toda pessoa doente tem o direito ao respeito de sua dignidade" (art. L1.110-2), independentemente de sua condição transitória ou permanente como alguém que necessita de cuidados médicos<sup>3</sup>. Além disso, determina que "quando uma pessoa, em estágio avançado ou terminal de uma doença grave e incurável, independentemente da causa, decide limitar ou

interromper o tratamento, o médico deve respeitar sua decisão após informá-la sobre as consequências dessa escolha" (art. L1.111-10)<sup>3</sup>. Por fim, o Código prevê que "quando um paciente hospitalizado está em fim de vida, ele deve ser transferido para seu domicílio caso essa seja sua vontade ou a de sua família" (art. R1.112-63)<sup>3</sup>.

Outrossim, a legislação francesa assegura que pacientes com doenças graves e incuráveis, em estágio avançado ou terminal, possam tomar decisões informadas sobre seus cuidados. Uma inovação introduzida pela lei de 2002 sobre os "Direitos dos Doentes e a Qualidade do Sistema de Saúde" foi a incorporação do princípio da "pessoa de confiança", permitindo que qualquer adulto hospitalizado designe um representante para tomar decisões médicas em seu nome caso fique incapacitado<sup>3</sup>. Essa figura jurídica, incorporada ao Código de Saúde Pública, garante que as escolhas relacionadas aos tratamentos sejam feitas de acordo com a vontade previamente expressa pelo paciente.

Nos Estados Unidos, as Diretivas Antecipadas de Vontade foram introduzidas por meio da lei federal *Patient Self-Determination Act (PSDA)* (Ato de Autodeterminação do Paciente), que tem como objetivo permitir que o paciente registre seus desejos para situações futuras em que não possa expressá-los, garantindo sua autonomia e dignidade mesmo diante da incapacidade<sup>4</sup>. Essa legislação foi pioneira na proteção do direito à autodeterminação dos pacientes e serviu de referência para diversos países que posteriormente adotaram regulamentações semelhantes, como Austrália, Espanha, França, Bélgica, Itália, Holanda, Uruguai e Argentina.

Ademais, a Convenção de Oviedo, adotada em 1997 pelo Conselho da Europa, é um tratado internacional voltado para a proteção dos direitos humanos e da dignidade no campo da biomedicina. O documento estabelece diretrizes essenciais sobre questões éticas na saúde, como consentimento informado, privacidade e autonomia do paciente em relação aos tratamentos médicos<sup>5</sup>. Embora não trate especificamente da distanásia, seus princípios influenciam diretamente a legislação sobre o fim da vida em diversos países. O Artigo 5º desta Convenção assegura o direito ao consentimento livre e informado, reforçando a autonomia do paciente para tomar decisões sobre seus tratamentos, inclusive no caso de doenças graves e incuráveis, permitindo-lhe recusar medidas que prolonguem artificialmente a vida<sup>5</sup>. Dessa forma, a Convenção de Oviedo desempenha um papel crucial na legislação global, fortalecendo o entendimento de que os pacientes devem ter o direito de decidir sobre o prolongamento de sua vida, sendo fundamental para a formulação de normativas relacionadas à distanásia e aos cuidados paliativos.

Conforme já destacado em relação à legislação brasileira, a proteção da autonomia e da dignidade dos pacientes em fase terminal também tem sido uma preocupação nas legislações de diversos países no que se refere à distanásia, mesmo que indiretamente. Como supracitado, estabeleceram-se marcos normativos que garantem o direito de escolha sobre os tratamentos médicos no fim da vida. Essas iniciativas refletem a evolução do debate bioético e jurídico, reforçando a importância de assegurar que as decisões médicas respeitem a vontade do paciente. Assim, a consolidação dessas normativas representa um avanço significativo na humanização dos cuidados de saúde, promovendo um equilíbrio entre a tecnologia médica e os princípios fundamentais da autodeterminação e do respeito à dignidade humana.

## 2.4 Referências

### Definição

1. PESSINI, Leo. Distanásia: Até quando investir sem agredir?. Revista Bioética, Brasília, v. 25, n. 1, p. 45-52, 2017.
2. GAFO, Javier. Eutanasia: el derecho a una muerte humana. Madrid: Ediciones Temas de Hoy, p. 62-63, 1990.
3. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2004.
4. CUYAS, Miguel. L'acanhimento terapeutico e l'eutanasia. Dolentium Hominum, v. 23, p. 30, 1987.
5. MILANIS, Milena da Silva; SILVA, Vivian Schmidt da. Revisão Bibliográfica Da Literatura: “Eutanásia, Ortotanásia E Distanásia”. Revista Científica UMC, Mogi das Cruzes, v. 7, n. 1, p. 1-10, 30 de junho de 2022.
6. AQUINO, Camila de Souza; JACINTO, Pablo Mateus dos Santos. "Revisão Integrativa Sobre Os Estigmas Da Morte Em Idosos." Revista Multidisciplinar do Vale do Jequitinhonha- ReviVale, v. 2, n. 2, 2022.
7. CARRARO, Eduardo *et al.* Ética e cidadania [livro eletrônico]: reflexões éticas em tempos de pandemia. Niterói: Ed. dos Autores, 2022.
8. CASSEL, Eric. The nature of suffering and the goals of medicine. New England Journal of Medicine, v. 306, p. 639-645, 1982.
9. PESSINI, Leo. Eutanásia e América Latina. Editora Santuário, Aparecida, 1990.
10. RAJA, Srinivasa *et al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain, v. 161, n. 9, 5 ago. 2020.

## Bioética

1. RAMOS, Dalton Luiz de Paula. Bioética e ética profissional. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2007.
2. BRASIL. Código de Ética Médica 1984: Artigos 20 a 32. Disponível em: <https://saude.ufpr.br/epmufpr/wp-content/uploads/sites/42/2019/05/CEM-2018-EDMILSON-PROTEGIDO.pdf>. Acesso em: 31 março 2025.
3. BRASIL. Código de Ética Médica 1988: Capítulo II - Direitos dos médicos; Capítulo III. Disponível em: <https://transparencia.cfm.org.br/index.php/legislacao/cem-actual>. Acesso em: 31 março 2025.
4. MICHELIS, José. Dicionário da Língua Portuguesa: bioética e distanásia. 2016.
5. PESSINI, Leo. Distanásia: Até quando investir sem agredir? Revista Bioética, Brasília, v. 6, Centro de Bioética CREMESP, capítulo 53.

## Legislação

1. MARTINS, Antônio Eduardo Senna. Distanásia no contexto jurídico brasileiro: uma análise dos aspectos legais e éticos. Jusbrasil, 15 de novembro de 2024.
2. PAULA, Livia Pagani de; JUNIOR, Oswaldo Pereira de Lima. Distanásia: violação ao direito à vida e a morte dignas – uma análise à luz da dignidade da pessoa humana e dos direitos da personalidade. Revista Internacional Consinter de Direito [S. l.], v. 8, 2021.
3. FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. A prevenção da distanásia nas legislações brasileira e francesa. Rev Assoc Med Bras [S. l.], v. 53, n. 3, p. 195-197, maio 2007.
4. MABTUM, Maria de Fátima Freire de Sá; DINIZ, Débora. Diretivas antecipadas de vontade como dissentimento livre e esclarecido e a necessidade de aconselhamento médico e jurídico. O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade. São Paulo: Editora UNESP, 2020.
5. CONSELHO DA EUROPA. Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano no que diz respeito à Aplicação da Biologia e da Medicina. 1997.

### **3. ORTOTANÁSIA**

#### **3.1. Definição**

*Maria Isabel Aparecida de Faria, Mariane Paiva de Oliveira, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

A ortotanásia, originada dos termos gregos orthós (correto) e thanatos (morte), refere-se à prática médica que permite a morte natural de pacientes em estado terminal, respeitando o curso inevitável da doença e evitando o uso de intervenções terapêuticas desproporcionais ou fúteis<sup>1</sup>. Essa abordagem busca garantir que, diante da iminência da morte, o paciente receba cuidados paliativos adequados, com foco no alívio do sofrimento físico, psicológico e emocional, sem antecipar nem prolongar a morte de forma artificial<sup>2</sup>.

Diferente da eutanásia, que envolve uma intervenção ativa para precipitar a morte<sup>3</sup>, a ortotanásia é caracterizada pela limitação do esforço terapêutico, ou seja, pela suspensão ou não aplicação de tratamentos que apenas prolongariam o sofrimento sem benefício clínico. O objetivo central dessa prática é promover uma morte digna, respeitando a autonomia do paciente e os princípios bioéticos da beneficência e da não maleficência, assegurando que a assistência prestada seja humanizada e centrada nas necessidades do paciente<sup>4</sup>.

A ortotanásia é amplamente defendida por profissionais de saúde, pois assegura o direito de viver com dignidade até o fim, sem imposições terapêuticas que violariam esse direito. Além disso, ela reflete um compromisso ético com a qualidade de vida, oferecendo aos pacientes terminais um cuidado compassivo que respeita sua decisão de não ser submetido a intervenções excessivas, permitindo-lhes morrer de maneira natural e tranquila.

#### **3.2. Bioética**

*Bruno Gonçalves Gomes, Cássio Fonseca Campos, Felipe Pereira Finoti, Gabriela Maria Ribeiro de Oliveira, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

Retomando o conceito da ortotanásia, sendo definida, portanto, como a morte no momento certo, é imperioso que seja destacado fundamentos pautados na bioética a fim de elucidar quais são as fronteiras que delimitam o que é cabido ao se referir à ortotanásia.

Especialmente em se tratando de paciente em estado de doença terminal, a bioética assume a ortotanásia pela não realização de procedimentos considerados inúteis e

prolongadores de sofrimento, desse modo, busca-se a passagem pelo processo irreversível de morte com a garantia a dignidade da pessoa humana<sup>2</sup>.

Assim, a suspensão de tratamentos invasivos tem, por fim último, uma melhor qualidade de vida e morte para o enfermo, quando não houver mais meios de reversão do quadro terminal.

Ademais, partindo dos princípios da bioética, podemos então analisar as implicações da ortotanásia no âmbito dos mesmos. Primeiramente, correlacionando o princípio da não maleficência, que consiste na não realização de qualquer dano intencional ao paciente, a ortotanásia caminha de encontro a ele. Ela, por definição, consiste em não permitir que o paciente sofra no prolongamento de sua vida sem que haja remissão ou cura de sua moléstia, deixando com que a vida siga seu curso natural. Desta maneira, a Ortotanásia permite que o paciente tenha uma morte tranquila, assistida da melhor maneira<sup>1,2</sup>.

Já correlacionando-se ao princípio da beneficência, que compreende que o médico deve visar o maior benefício do paciente, a ortotanásia visa este fim. Neste âmbito, a ortotanásia permite que o paciente não fique se desgastando, passando por procedimentos inúteis, prolongando sua dor e sofrimento. Ela faz com que ele receba o cuidado para viver, de uma maneira digna, o mais confortável possível, minimizando efeitos deletérios de seus sintomas, como a dor, caminhando da melhor forma possível para o fim<sup>1,3</sup>.

Correlacionando ao da autonomia, que busca evitar os cenários em que o médico assume uma postura de autoridade paternal sobre o paciente, ao decidir medidas e ações abusivas e sem fins satisfatórios em si mesmas. Na ortotanásia, temos um caminho na convergência da autonomia, visto que seguindo-a, o médico restringe suas ações e medidas de acordo com a vontade do paciente e o bem comum de ambos<sup>1</sup>.

Outrossim, o princípio da justiça parte do pressuposto de igualdade jurídica e de decisão, entre médico e doente, quanto às medidas tomada sobre o enfermo. Sendo assim exposto, analisamos a concordância da ortotanásia com o referido princípio, visto que o processo é tido apenas com mútuo consentimento nos termos, tanto pelo médico quanto pelo paciente<sup>1</sup>.

Por fim, analisando-se a visão geral da bioética em relação a ortotanásia, prova-se um assentimento entre ambos em todos os seus princípios, fazendo que a ortotanásia se qualifique na decisão mais ética a se fazer perante a um enfermo que necessite de cuidados paliativos.

### **3.3. Legislação**

*Luísa Brandão Reis, Maria Clara de Andrade Oliveira, Mariana Bortoluci Zucherato, Pedro Henrique de Oliveira Mello, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

O debate acerca da morte e do processo enfrentado pelo paciente até chegar nela sempre foi tópico de debate por instituições médicas, que visam alcançar a melhor forma de acompanhar e ajudar o indivíduo que esteja enfrentando uma doença terminal. Dessa forma, a legislação que visa garantir ao profissional médico exercer uma conduta que busque propiciar ao seu paciente uma morte cada vez mais branda e menos traumática, que se enquadre no conceito de ortotanásia, foi debate recorrente na jurisdição brasileira<sup>1</sup>. Assim, a conquista, detalhada abaixo, mostra um avanço na legislação do país frente à sua população que deve ser evidenciado.

O Conselho Federal de Medicina, pautado principalmente no princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil (art. 1º, inciso III, da Constituição Federal); no art. 5º, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”; e considerando que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes, elaborou a resolução número 1.805 de 9 de novembro de 2006 que determina que “Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”<sup>1</sup>.

Tal resolução sofreu ação do Ministério Público Federal do Distrito Federal, o qual queria suspensão da mesma após alegar desalinhamento da visão em questão do CFM, com o código penal em vigor no Brasil. A resolução do Conselho Federal de Medicina foi suspensa após concessão de medida liminar requerida pelo Ministério Público Federal. Porém, em 2010, o próprio Ministério Público alterou seu ponto de vista, e a medida liminar que suspendia esta, foi derrubada, de modo a restaurar a resolução 1.805/2006, permitindo a prática da ortotanásia no Brasil nas circunstâncias já citadas anteriormente<sup>2,3</sup>.

Nesse contexto, o médico e sua equipe têm a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação. Ademais, toda e qualquer decisão acerca desse assunto deve ser registrado e fundamentada no prontuário do paciente. No caso de incerteza ou indecisão da ortotanásia, é assegurado ao paciente ou a seu representante a possibilidade de uma segunda opinião médica. Acrescido a isso, o doente continuará a receber todos os cuidados para aliviar dor e outros sintomas, recebendo assistência, e conforto espiritual, mental e físico<sup>2</sup>.

### 3.4. Referências

#### Definição

1. ALMEIDA, Naara Perdigão Cota de *et al.* Ortotanásia na Formação Médica: Tabus e Desvelamentos. *Revista Bioética (Impr.)*, Brasília, v. 29, n. 4, p. 782-90782, 2021.
2. VARJÃO, Juliane Fernanda Campos de Oliveira. Ortotanásia e a dignidade da pessoa humana: breve análise jurídica à luz dos princípios constitucionais. *Repositório UFPB*, Paraíba, 2022.
3. MILANIS, Milena da Silva; SILVA, Vivian Schmidt da. Revisão Bibliográfica Da Literatura: “Eutanásia, Ortotanásia E Distanásia”. *Revista Científica UMC*, Mogi das Cruzes, v. 7, n. 1, junho de 2022.
4. NAKASSUGUI, Alexsandra Silva Teixeira et al. Ortotanásia: A Prática Médica Frente À Morte Natural. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023;6(3): 12800–12825.

#### Bioética

1. SANTIAGO, Ivanete da Silva; CARVALHO, Karen Knopp de. Princípios da Bioética e o cuidado na enfermagem Disponível em: <http://cifmp.ufpel.edu.br/anais/1/cdrom/mesas/mesa4/02.pdf>. Acesso em: 12 outubro 2022.
2. MOLLER, Leticia Ludwig. *Direito à morte com dignidade e autonomia*. Curitiba: Juruá. 2008.
3. FARIAS, Gisela. *Muerte voluntaria*. Buenos Aires: Astrea. 2007.

#### Legislação

1. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM 1805/06, de 09 de novembro de 2006. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2006. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=544550](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=544550). Acesso em: 22 outubro 2022.
2. MENEZES, Rachel Aisengart; VENTURA, Miriam. Ortotanásia, sofrimento e dignidade: entre valores morais, medicina e direito. *Revista Brasileira de Ciências Sociais [S. l.]*, v. 28, n. 81, fev. 2013.
3. BRASIL. Conselho Federal De Medicina (CFM). Justiça valida Resolução 1.805, que trata sobre ortotanásia. Portal CFM, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/justica-valida-resolucao-1805-que-trata-sobre-ortotanasia/>. Acesso em: 22 outubro 2022.

## 4. MISTANÁSIA

### 4.1. Definição

*Isadora Cardoso Abreu, Júlia Fonseca Leão, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

A mistanásia é um conceito que transcende a ideia de morte assistida, sendo também uma expressão das falhas sistêmicas nos setores públicos, especialmente nos campos da saúde e da educação. Ela pode ser entendida como uma forma de morte que ocorre quando um indivíduo socialmente vulnerável é submetido a uma morte precoce, miserável e evitável, em razão da violação de seu direito fundamental à saúde. Esse conceito envolve a análise das condições estruturais e sistêmicas que determinam a qualidade de vida e acesso a serviços essenciais, como a saúde. A mistanásia ocorre quando a negligência do Estado e a falha em garantir políticas públicas adequadas para a saúde, educação e assistência social resultam em condições de vida insustentáveis, onde a morte de um indivíduo poderia ser evitada com o acesso a cuidados apropriados. Dessa forma, a mistanásia representa uma violação grave não apenas do direito à vida, mas também da dignidade humana, sendo um reflexo das falhas estruturais que exacerbam a desigualdade social e comprometem a saúde pública<sup>1,3,4</sup>.

A diminuição sistemática do financiamento da saúde, o mau uso do orçamento, o fechamento de leitos e unidades de saúde, e a desvalorização dos profissionais da área médica são alguns exemplos de como a ausência de investimentos adequados nas políticas públicas de saúde pode ser interpretada como uma forma de mistanásia social. Segundo um estudo de Sontag et al. (2018), publicado no *American Journal of Public Health*, a negligência nos investimentos em saúde pública resulta em condições de vida que tornam as populações mais vulneráveis a doenças e mortes evitáveis. A pesquisa conclui que políticas de austeridade e a falta de recursos adequados para os sistemas de saúde aumentam significativamente o sofrimento das populações mais vulneráveis<sup>4,5</sup>.

Além disso, a desvalorização dos profissionais de saúde, seja pela falta de suporte ou por condições de trabalho precárias, também pode ser considerada fator que corrobora para a mistanásia. De acordo com Costa et al. (2019), em um artigo publicado na *Revista Brasileira de Saúde Pública*, a deterioração das condições de trabalho no setor de saúde resulta em esgotamento físico e emocional para os profissionais, o que afeta diretamente a qualidade do atendimento prestado à população. A escassez de recursos, a sobrecarga de trabalho e a falta de reconhecimento tornam-se fatores que contribuem para a ineficiência do sistema, deixando os

pacientes em situação de sofrimento contínuo e em risco de morte, muitas vezes sem alternativas viáveis de tratamento<sup>1</sup>.

A mistanásia também se estende ao orçamento da educação, uma área diretamente interligada à saúde e ao bem-estar da população. O conceito, portanto, se estende ao sistema educacional quando ele falha em fornecer a base necessária para o crescimento e a autonomia dos indivíduos, resultando em uma população menos capacitada para enfrentar os desafios da vida, inclusive no que diz respeito à saúde. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), como destacado em estudo de Ferreira et al. (2020), publicado no *Journal of Human Development and Capabilities*, revela que as três dimensões básicas que compõem o IDH — saúde, educação e renda — estão interligadas, e qualquer falha em uma dessas áreas impacta diretamente nas outras. No caso da educação, a falta de acesso a um ensino de qualidade compromete a capacidade da população de acessar informações sobre saúde e direitos sociais, aumentando a vulnerabilidade social e econômica, o que pode ser fatal para os mais desfavorecidos<sup>2,4</sup>.

A relação entre a saúde, a educação e a mistanásia social é, portanto, clara. Como destacado por Lima et al. (2018), no *Journal of Social Policy*, a interdependência entre essas áreas significa que falhas em um setor afetam diretamente o outro. A falta de acesso a cuidados médicos adequados aumenta a morbidade e a mortalidade, enquanto a falta de educação básica e de qualidade dificulta o acesso a informações que poderiam salvar vidas. Ambos os cenários, quando negligenciados, alimentam um ciclo de vulnerabilidade. Em última análise, a mistanásia pode ser vista como o resultado de um Estado que falha em proporcionar as condições necessárias para uma vida digna e saudável, seja pela omissão na oferta de serviços de saúde de qualidade, seja pela falta de um sistema educacional que capacite os cidadãos a terem um papel ativo na promoção do próprio bem-estar<sup>4,5</sup>.

Em síntese, a mistanásia não é apenas uma questão de morte assistida ou de falhas nos sistemas de saúde, mas uma forma de analisar a negligência estrutural que afeta toda a sociedade. Quando o Estado não se compromete com o investimento em saúde, educação e outros direitos fundamentais, ele contribui ativamente para a manutenção de um ciclo de sofrimento e morte prematura, o que configura, de forma indireta, uma forma de mistanásia. As evidências nos estudos e nas pesquisas científicas reforçam a urgência de uma abordagem mais holística e integrada, que garanta o acesso universal e equitativo a esses direitos, para que a vida das populações mais vulneráveis seja preservada e dignificada.

## 4.2. Bioética

*Larissa Azevedo Resende, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

A mistanásia, termo cunhado pelo bioeticista brasileiro Márcio Fabri dos Anjos em 1989, deriva das palavras gregas "mys" (infeliz) e "thanatos" (morte), significando "morte infeliz" ou "morte miserável"<sup>1</sup>. No contexto da bioética, a mistanásia representa uma grave violação dos direitos fundamentais à vida e à dignidade humana. A bioética social, especialmente na América Latina, busca compreender e enfrentar as injustiças que levam a essas mortes evitáveis, promovendo equidade e justiça social<sup>2</sup>.

A relação entre mistanásia e desigualdades sociais é evidente. Indivíduos em situação de vulnerabilidade, frequentemente privados de acesso adequado a serviços de saúde, educação e condições básicas de vida, estão mais suscetíveis a mortes prematuras. Essa realidade reflete a omissão do Estado em garantir direitos essenciais, configurando um cenário de injustiça social que a bioética busca denunciar e transformar<sup>3</sup>. Além disso, a redução sistemática do financiamento da saúde, o mau uso dos recursos públicos, o fechamento de leitos e unidades de saúde, a proliferação indiscriminada de escolas médicas sem qualidade, bem como a desvalorização dos profissionais de saúde, contribuem significativamente para o agravamento da mistanásia. A falta de compromisso dos três poderes com a vida da população, agravada pela corrupção e incompetência administrativa, também intensifica essa problemática<sup>6</sup>.

O conceito de mistanásia está diretamente ligado ao orçamento da educação, pois essa área está intrinsecamente relacionada à saúde e ao processo de construção da cidadania. A educação é um pilar fundamental para o desenvolvimento social e econômico, promovendo a equidade e garantindo o acesso a direitos essenciais. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) reflete essa conexão ao integrar três dimensões básicas: renda, educação e saúde<sup>4</sup>. Dessa forma, observa-se que a educação desempenha um papel crucial na prevenção da mistanásia, pois reduz desigualdades sociais e amplia o acesso a serviços essenciais, como saúde e emprego. Sociedades que investem em educação de qualidade formam cidadãos mais conscientes sobre seus direitos e deveres, incentivando a participação social e política na defesa de políticas públicas<sup>5</sup>.

Além disso, a educação influencia diretamente na promoção de hábitos saudáveis e na adoção de medidas preventivas de saúde, impactando positivamente a longevidade e a qualidade de vida das populações. A melhoria educacional também favorece a formação de profissionais de saúde mais qualificados e preparados para atuar em diferentes contextos

socioeconômicos. Assim, o fortalecimento da educação e da formação profissional não apenas reduz a incidência de mortes evitáveis, mas também amplia as possibilidades de desenvolvimento e bem-estar social<sup>5</sup>.

A bioética, ao abordar a mistanásia, enfatiza a importância da participação comunitária e do empoderamento dos indivíduos. Ao fortalecer comunidades e promover a conscientização sobre direitos e deveres, é possível criar uma sociedade mais justa e equitativa, onde a vida de cada cidadão seja valorizada e protegida<sup>2</sup>. Ademais, a bioética propõe uma análise crítica das políticas públicas existentes, identificando falhas e propondo melhorias para reduzir desigualdades e promover a justiça social. Essa abordagem busca garantir que todos os indivíduos tenham acesso igualitário aos recursos necessários para uma vida digna, prevenindo assim a ocorrência de mistanásia<sup>3</sup>.

Em suma, a mistanásia representa um desafio ético significativo que a bioética procura enfrentar por meio da promoção da justiça social, equidade e respeito aos direitos humanos. Ao compreender as causas e implicações desse fenômeno, é possível desenvolver estratégias eficazes para combatê-lo, assegurando que todas as pessoas tenham a oportunidade de viver com dignidade e alcançar seu pleno potencial<sup>2</sup>.

### **4.3. Legislação**

*Mariane Paiva de Oliveira, Maria Isabel Aparecida de Faria, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

A legislação sobre a mistanásia é um tema complexo e frequentemente subentendido, uma vez que não existe, na maioria dos países, uma regulamentação específica sobre o conceito. A mistanásia, entendida como a combinação de práticas que envolvem tanto o prolongamento artificial da vida sem qualidade, quanto a antecipação da morte de forma inadequada, exige uma análise cuidadosa do ponto de vista ético e jurídico. Em países como o Brasil, a legislação relacionada ao fim da vida se concentra predominantemente na ortotanásia, eutanásia e distanásia, deixando a mistanásia como um tema parcialmente abordado nas normativas existentes.

No Brasil, a Resolução CFM nº 1.805/2006, do Conselho Federal de Medicina, estabelece diretrizes sobre o tratamento de pacientes terminais e limitações terapêuticas, sem mencionar explicitamente a mistanásia<sup>3</sup>. No entanto, a prática da ortotanásia, que é a limitação do esforço terapêutico em pacientes terminais, e a oposição à distanásia (o prolongamento artificial da vida sem benefícios terapêuticos) são normas que podem ser associadas ao conceito de mistanásia. A resolução orienta que os médicos devem respeitar os desejos do paciente e

evitar intervenções desnecessárias quando não há perspectiva de benefício clínico, o que reflete um entendimento ético de não prolongar o sofrimento de forma artificial<sup>3</sup>.

A Constituição Brasileira de 1988, por sua vez, garante o direito à dignidade da pessoa humana e à autonomia do paciente, princípios que devem ser observados nas decisões sobre o fim da vida<sup>1</sup>. O direito à autodeterminação do paciente implica a possibilidade de recusar tratamentos médicos que não tragam benefícios substanciais ou que apenas prolonguem a vida de forma mecânica e sem qualidade. Esse direito é reforçado pelo Código de Ética Médica, que orienta os profissionais a respeitar as vontades dos pacientes, inclusive nas situações que envolvem decisões sobre a limitação de tratamentos<sup>4</sup>.

Entretanto, a legislação brasileira não apresenta um marco específico que trate da mistanásia de maneira isolada. Em vez disso, a regulação sobre o fim da vida é conduzida com base na distinção entre ortotanásia, distanásia e eutanásia. A aplicação de princípios bioéticos, como a beneficência, a não maleficência e a autonomia, é fundamental para as decisões médicas que envolvem o fim da vida, e a interpretação judicial de casos relacionados à mistanásia costuma recorrer a esses conceitos gerais<sup>4</sup>.

Embora o Código Penal Brasileiro não aborde diretamente a mistanásia, ele trata de questões relacionadas à eutanásia, considerando-a um crime quando envolve uma ação direta para causar a morte do paciente<sup>2</sup>. Nesse sentido, a limitação de tratamentos que apenas prolongam o sofrimento, sem promover melhoria da condição do paciente, está em conformidade com as diretrizes éticas e jurídicas do Brasil, mas carece de regulamentação específica.

Em resumo, a legislação sobre mistanásia no Brasil não é explicitamente definida, mas envolve uma série de princípios éticos e jurídicos que visam garantir a dignidade, autonomia e bem-estar dos pacientes em situações de fim de vida. O debate sobre a regulamentação de práticas como a mistanásia está em evolução, à medida que a sociedade e o sistema jurídico buscam encontrar um equilíbrio entre os direitos do paciente e os limites da intervenção médica.

#### **4.4. Referências**

##### **Definição**

1. COSTA, Roberta et al. A deterioração das condições de trabalho no setor de saúde: impactos na qualidade do atendimento. *Rev Brasileira de Saúde Pública* [S. l.], v. 53, n. 1, p. 88-95, 2019.

2. FERREIRA, André *et al.* O Índice de Desenvolvimento Humano e suas dimensões: análise crítica e implicações para a política pública. *Journal of Human Development and Capabilities*, v. 21, n. 3, p. 275-291, 2020.
3. FERREIRA, Sidnei; PORTO, Dora. Mistanásia x Qualidade de vida. *Revista Bioética*, Brasília, v. 27, n. 2, abril/junho de 2019.
4. LIMA, Márcia *et al.* A interdependência entre saúde, educação e políticas sociais: um estudo sobre o impacto da desigualdade. *Journal of Social Policy*, v. 47, n. 2, p. 34-49, 2018.
5. SONTAG, Susan. *et al.* Austeridade e saúde pública: o impacto das políticas de corte nos sistemas de saúde em países em desenvolvimento. *American Journal of Public Health*, v. 108, n. 6, p. 756-762, 2018.

### **Bioética**

1. ANJOS, Márcio Fabri dos. Mistanásia: a morte social dos excluídos. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 1989. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/mistanasia/940296560>. Acesso em: 31 de março de 2025.
2. UFRN. Mistanásia e bioética social: desafios para a justiça social na América Latina. Repositório UFRN, 2025. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/23511>. Acesso em: 31 de março de 2025.
3. CONPEDI. Mistanásia e bioética social: desafios para a justiça social na América Latina. 2025. Disponível em: <https://site.conpedi.org.br/publicacoes/olpbq8u9/rmcuswgm/6BTVW059z601tbp5.pdf>. Acesso em: 31 de março de 2025.
4. PNUD. O que é o IDH? PNUD Brasil, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2nrIF5k>. Acesso em: 31 de março de 2025.
5. FERREIRA, Sidnei; PORTO, Dora. Mistanásia × Qualidade de vida. *Revista Bioética*, Brasília, v. 27, n. 2, abril/junho de 2019.
6. SILVA, Kleybson Oliveira da. Ética e direito médico no fim da vida: distanásia, mistanásia e suicídio assistido. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2022. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/123456789/10979/1/>. Acesso em: 31 de março de 2025.

## Legislação

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 29 de março de 2025.
2. BRASIL. Código Penal Brasileiro. Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Diário Oficial da União, Brasília, 7 de dezembro de 1940. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm). Acesso em: 30 março 2025.
3. BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Dispõe sobre a ortotanásia e limitações terapêuticas em pacientes terminais. Seção I, p. 169, 28 de novembro de 2006. Brasília, Conselho Federal de Medicina.2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 30 de março de 2025.
4. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Brasília, CFM, 2019. Disponível em: <https://www.portal.cfm.org.br>. Acesso em: 1 de abril de 2025.

## 5. CUIDADOS PALIATIVOS

### 5.1. Definição

*Cássio Fonseca Campos, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

Definir cuidados paliativos tem o objetivo de, primeiramente, afastar a ideia de “não ter mais nada a fazer”, ou seja, o cuidado com o paciente ainda continua após um mal prognóstico. Não obstante, é necessário substituir o conceito de impossibilidade de cura por tratamento que alivie os sintomas da doença, trazendo conforto e qualidade de vida ao enfermo<sup>1</sup>.

Dessa maneira, cuidados paliativos são o conjunto de intervenções que abrangem o cuidado em seus aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais, realizadas por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, assistentes espirituais de caráter ecumênico ou da religião escolhida pelo paciente<sup>2,3</sup>.

Assim sendo, precisamos ter em mente que o cuidado paliativo se baseia em princípios. São eles: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente a viver tão ativamente como possível, até o momento de sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e enfrentar o luto; abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento de vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes<sup>1</sup>.

De forma pontual, cada um desses princípios atua em uma esfera indispensável no cuidado ao enfermo e sua família, mas primordialmente possuem o objetivo de prevenir e aliviar o sofrimento. E para alcançar tal propósito é preciso uma boa comunicação no relacionamento doente-profissional, respeitando a autonomia e dignidade do paciente<sup>4</sup>.

Como dito anteriormente, a abordagem precoce seria o ideal a fim de se traçar metas e objetivos condizentes com a realidade, administrando as expectativas do enfermo e família, mas também respeitando seus desejos e necessidades. Além disso, é possível melhorar a qualidade

de vida ao simplesmente ofertar apoio e suporte, combatendo o sentimento de desamparo e solidão ainda sofridos por muitos ao final de vida.

## 5.2. Bioética

*Gabrielle Elisa da Fonseca Vilhena, Júlio César Teixeira Miranda, Luciana Fernandes Duarte, Patrícia Rios Ferreira, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

A Bioética pode ser entendida como uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver<sup>16</sup>. Dessa forma, os cuidados paliativos estão plenamente inseridos no âmbito da reflexão bioética, especialmente no que se refere ao processo de tomada de decisões envolvido<sup>13,15</sup>.

Cuidado paliativo é uma “filosofia”, um “modo de cuidar” que visa a aumentar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, tendo como objetivo a prevenção e alívio do sofrimento pelo controle dos sintomas, integrando as Ciências da Saúde com as Ciências Humanas. Esta filosofia propõe que o atendimento seja realizado por uma equipe multiprofissional, e caracteriza-se por aceitar o limite da vida, voltando-se aos cuidados e não à cura<sup>14</sup>.

Esta Política estabelece, em suas diretrizes e metas, a qualificação e humanização da atenção à saúde, buscando assegurar o vínculo entre usuário e serviço, caracterizado pelo acolhimento e responsabilização dos profissionais que atuam nas equipes. Assim, cuidados paliativos objetivam a melhoria na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares por meio da humanização, da aplicação de princípios epidemiológicos, científicos e de gestão no tratamento, de informações, de educação para a saúde e na administração de cuidados<sup>14</sup>.

Os princípios do cuidado paliativo, que fundamentam esse modelo assistencial, podem ser descritos como: saber quando a morte está chegando; manter o controle sobre o que ocorre; preservar a dignidade e a privacidade; aliviar a dor e demais sintomas; escolher o local da morte; ter suporte espiritual e emocional; controlar quem está presente; ter tempo para dizer adeus; partir quando for o momento. Esses princípios reafirmam a autonomia do paciente como um dos pontos centrais na busca da excelência dos cuidados e inserem-se em um dos principais alicerces da Bioética, o respeito à pessoa<sup>14,16</sup>.

As circunstâncias em que as decisões relacionadas à saúde são tomadas são bastante complexas e envolvem diversos fatores, como o prognóstico relacionado à doença do paciente; as probabilidades de diferentes intervenções atingirem os objetivos desejados; as chances de ocorrência de eventos adversos; a perspectiva cultural dos pacientes e suas famílias,

que inclui seus valores e preferências pessoais, entre outros. Dois pontos devem ser destacados em relação a esses fatores: a primeira envolve as incertezas inerentes aos diferentes julgamentos clínicos descritos acima e os diferentes graus de maior ou menor fluidez das manifestações de preferências de cuidado por parte de pacientes e familiares ao longo do tempo; a segunda está relacionada ao fato de que a lista de elementos descrita acima é uma simplificação de elementos complexos em constante interação, das quais muitas vezes nem temos plena consciência<sup>1</sup>. Por exemplo, é bastante comum que os profissionais de saúde vejam erroneamente seus julgamentos como puramente técnicos, quando na verdade estão apenas usando sua própria perspectiva cultural e profissional como referência contra a qual os outros devem ser julgados<sup>1</sup>. Para as pessoas que recebem cuidados paliativos, a presença de familiares e entes queridos, e a oportunidade de dizer adeus quando a morte está próxima, foram descritos como componentes-chave de morrer bem<sup>1</sup>.

Tomar uma decisão no campo da saúde envolve, como em outras esferas da vida, escolher um caminho em meio a uma variedade de caminhos alternativos. Muitas decisões podem ser facilmente revisadas e alteradas, como quando descobrimos que um determinado medicamento não atingiu seus objetivos pretendidos e pode ser descontinuado sem causar consequências graves ou irreversíveis. Outras decisões têm resultados que não podem ser revertidos, como quando um paciente morre<sup>1</sup>.

Assim, a maneira como tais decisões são tomadas têm importantes implicações do ponto de vista individual e coletivo, podendo contribuir tanto para o alívio como para o agravamento do sofrimento<sup>1</sup>.

A busca literária foi realizada por meio das bases de dados vinculados à saúde, para artigos publicados em inglês e português. Em primeiro lugar, as palavras-chave foram vinculadas aos Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Foram utilizadas as bases de dados em saúde para a pesquisa: Pubmed, revistas e jornais ligados às ciências biológicas de artigos biomédicos.

Para a revisão, foram selecionados 16 artigos, sendo a maioria deles publicados a partir do ano de 2010. Foram usados os seguintes descritores: bioethics and palliative care encontrando-se 411 resultados, utilizando o filtro de texto gratuito e publicações dos últimos 10 anos. Esses critérios foram filtrados de acordo com critérios de inclusão, não inclusão e exclusão, chegando-se aos 16 artigos analisados.

Critérios de Inclusão: artigos (Revisão Sistemática de Literatura, artigos originais e relatos de caso) em inglês ou português publicados a partir do ano de 2003, sendo a maioria dos

artigos a partir de 2010 até 2022, com número considerável de citações; critérios de Exclusão: artigos não indexados em revistas com DOI ou com baixo nível de evidência científica.

Para averiguar o nível de evidência e orientar na escolha dos estudos, foram utilizadas as categorias da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2016), que abrangem os níveis: Nível I – evidências resultantes da metanálise de Revisão de Literatura múltiplos ensaios clínicos controlados e randomizados; Nível II – evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível III – evidências de estudos quase-experimentais; Nível IV – evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou de abordagem qualitativa; Nível V – evidências de relatos de caso ou experiência; Nível VI – evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Para analisar os artigos de maneira uniforme e organizada, organizou-se uma tabela com título do artigo, nível de evidência e resumo das principais conclusões do estudo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, “Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”<sup>15</sup>.

Os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença<sup>15</sup>. Apesar da conotação negativa ou passiva do termo, a abordagem e o tratamento paliativo devem ser eminentemente ativos. Considerando a carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença terminal, faz-se necessária a adoção precoce de condutas terapêuticas dinâmicas e ativas, respeitando-se os limites do próprio paciente frente a sua situação de incurabilidade<sup>15</sup>.

A prática de um suposto “paternalismo paliativo”, onde os profissionais são investidos do dever de convencer os pacientes/família sobre um plano de cuidados “paliativos” que não considera efetivamente os valores dos pacientes/família, mas apenas a perspectiva cultural dos profissionais sobre seu sofrimento, é incompatível com os princípios dos cuidados paliativos e indigno de seu nome, podendo até ser muitas vezes comparado a uma espécie de coação disfarçada<sup>1</sup>. Do ponto de vista bioético, tal atitude é tão equivocada quanto a de profissionais que impõem procedimentos invasivos, desconsiderando os valores de seus pacientes/familiares. De fato, o “paternalismo paliativo” e o “paternalismo curativo” podem ser vistos como imagens espelhadas um do outro, compartilhando a falta de humildade cultural

para reconhecer a importância de se esforçar para compreender as pessoas que estão sendo cuidadas<sup>1</sup>.

Assim, é fundamental reconhecer a existência de limites de autonomia tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes/família, que o processo decisório compartilhado necessariamente ocorre dentro dessa realidade, e que tais limites variam de acordo com o contexto clínico específico de cada situação e ao grau de certeza quanto ao prognóstico, eficácia e riscos associados a cada intervenção. Por exemplo, um paciente ou sua família não pode obrigar um profissional de saúde a prescrever um tratamento para o qual há um alto grau de certeza quanto à sua ineficácia para atingir o objetivo acordado e um alto risco de complicações graves quando existem medidas eficazes e acessíveis<sup>1</sup>. No entanto, a maioria das decisões que os profissionais de saúde, os pacientes e seus familiares enfrentam relacionadas aos cuidados de saúde em fim de vida acontecem em contextos mais incertos, onde o processo mutualista de decisão compartilhada é a melhor opção para negociar metas de cuidado e orientar processos de tomada de decisão<sup>1</sup>.

A ética utilitarista consequencialista tem sido altamente influente e permanece claramente relevante dentro das deliberações éticas associadas à pandemia<sup>3</sup>.

A ética utilitarista, age de forma a maximizar os benefícios e minimizar os danos. Dentro da esfera de restrição de visitação, isso sugeriria que limitar ou negar a visitação é permissível ou moralmente exigido, pois isso limita os danos associados à disseminação adicional e evitável do COVID-19 para outros pacientes, profissionais de saúde e a comunidade em geral. Além disso, limitar os recursos críticos necessários para fornecer assistência médica durante o período restrito da pandemia resulta em menos mortes e maior bem-estar para o maior número. A extensão máxima dessa abordagem seria dizer que o bloqueio completo das instituições de saúde<sup>3</sup>.

Porém, agir com justiça pode ser argumentado como melhorando o bem-estar de nossa comunidade e, portanto, não é inconsistente com uma abordagem utilitarista, no entanto, quantificar e equilibrar isso com outros princípios é um desafio<sup>3</sup>. Outros contextos aumentam essa complexidade moral e observou-se que as implicações mais sutis para o bem-estar das regras de bloqueio tornam a antecipação do benefício líquido altamente preocupante<sup>3</sup>. Relacionando isso à visitação de pessoas que recebem cuidados paliativos, o bem-estar será influenciado por uma série de preocupações subestimadas. Morrer isoladamente prejudica o indivíduo que se aproxima da morte, sua comunidade próxima e aqueles que prestam cuidados<sup>3</sup>. Morrer bem apoiado pode, inversamente, levar à cura, crescimento e alegria – benefícios sutis, mas significativos, mesmo em circunstâncias trágicas<sup>3</sup>. As pessoas

hospitalizadas que estão perto de morrer e suas famílias devem ter opções, dentro das possibilidades disponíveis, para informar o que ocorre e garantir que isso seja o mais próximo possível do que o paciente e a família sentem ser o melhor para eles<sup>3</sup>.

Assim, a justiça, como equidade, é, portanto, provavelmente uma consideração benéfica na visitação de pessoas que recebem cuidados paliativos e estão perto de morrer<sup>3</sup>.

Os desafios éticos descritos com mais frequência incluíam a necessidade de minimizar os encargos de envolvimento de pacientes e cuidadores, desafios de lidar com a morte e a doença e paternalismo ou “guardião” (ou seja, reter a oportunidade de participação de pacientes ou cuidadores). Investigadores e pacientes ou cuidadores familiares conceituaram os desafios éticos de forma diferente; várias questões pareciam estar fora de um paradigma tradicional de ética em pesquisa e mais na ética dos relacionamentos<sup>2</sup>.

O primeiro esforço deve ser buscar compreender melhor as múltiplas fontes e aspectos de seu sofrimento, bem como suas visões sobre abordagens e contextos que aumentam ou ameaçam seu senso de dignidade. A escuta atenta é o ponto de partida de qualquer esforço genuíno para reduzir o sofrimento e preservar a dignidade e, portanto, deve ser reconhecido como um dos mandamentos dos cuidados paliativos. Sem ela corremos o risco de, apesar das nossas melhores intenções, recorrer a intervenções que acabam por aumentar em vez de diminuir o sofrimento dos doentes e das suas famílias<sup>1</sup>.

Os pacientes muito enfermos que convivem com programas de cuidados paliativos apresentam muita chance de terem seus sintomas e sua dor amenizadas. Portanto, os cuidados paliativos concedem um bem estar de maneira global e digna ao paciente, oferecendo a oportunidade de viver sua própria morte<sup>5,7</sup>.

Nos cuidados paliativos, a escuta ativa significa focar no outro e em suas reais necessidades em sentido amplo. Eles assumem que o profissional não presta atenção às vozes interiores, mas às expressões verbais e não verbais do paciente. A escuta ativa é valorizada pelas escolas de psicologia mais reconhecidas, bem como pelo bom senso, que é a pedra angular sobre a qual se baseiam todas as respostas eficazes e úteis<sup>8</sup>.

Com os avanços na área da saúde, a redução da mortalidade e a ampliação do acesso aos serviços sanitários, as pessoas têm vivido mais em todo mundo. Todavia, tem se discutido bastante a questão da qualidade de vida, pois, junto com a expectativa de vida, também tem aumentado a prevalência de doenças crônico-degenerativas, como câncer, Alzheimer e esclerose múltipla. Diante desse cenário de adoecimento crônico, observa-se fragilidade da atenção primária, o que tem levado usuários a recorrer às emergências como meio mais fácil de acesso. No entanto, quando muitos pacientes esperam os sintomas ficarem fortes ou a doença

chegar em um nível muito avançado para ir ao hospital, o que torna depois o tratamento muito mais difícil, e isso acontece principalmente com idosos. Esses pacientes esperam uma assistência resolutiva, compassiva e individualizada. Entretanto, embora não seja o local ideal para iniciar a assistência paliativa, a emergência poderia integrar o manejo de sintomas em crises agudas, desconstruindo uma cultura de atendimento apenas para casos agudos, de modo a dar espaço a um cuidado centrado no paciente, e não exclusivamente na doença, integrando assim cuidados paliativos em todas as áreas de atendimento a saúde<sup>13</sup>.

Com o avanço da medicina a sociedade muitas vezes experimenta o prolongamento do processo de morte, podendo aumentar o sofrimento do paciente e de seus familiares, na bioética, área de conhecimento interdisciplinar que estuda a conduta humana nas ciências relacionadas a vida, permite-se a reflexão de médicos e profissionais da saúde sobre o processo de morrer. Quando se trata desse processo ainda há muito o que se discutir sobre o fim da vida, podendo até mesmo transformar a esperança de cura em uma longa agonia<sup>9,10</sup>.

Na bioética são utilizados princípios da dignidade da pessoa humana que analisa de forma reflexiva debates do tema e como essas questões podem influenciar na tomada de decisões e na opinião dos familiares e dos médicos. Com o processo de morte já instalado, defende-se a utilização do princípio da dignidade da pessoa humana, assim como disposições acerca de princípios bioéticos. Existe dúvidas ao acadêmico de medicina, mesmo diante da finalização do curso, de como proceder nestes casos onde as condutas são difíceis de serem avaliadas e principalmente concluídas<sup>10,12</sup>.

A bioética busca criar um vínculo comunicativo entre a ciência e a tecnologia, o indivíduo e a sociedade, buscando criar uma ética de responsabilidade e solidariedade. Os avanços da ciência e tecnologia no campo da saúde envolvendo a vida e a biologia trouxeram coisas inesperadas para a sociedade atual, o que criou a necessidade de debater as limitações da gestão da vida, desenvolver instrumentos legais para se adequar ao status quo e refletir sobre as responsabilidades da saúde Cuidadores<sup>6</sup>.

Queremos aqui refletir sobre os dilemas bioéticos: eutanásia, distanásia e ortotanásia visto que se relacionam diretamente com os cuidados paliativos administrados aos pacientes terminais, onde podemos citar os acometidos pelo câncer e/ou doenças degenerativas<sup>2</sup>. Com relação a conduta diante de pacientes no fim da vida e sem a possibilidade de melhora clínica muitas são as discussões envolvidas, uma vez que o processo de cuidar envolve situações entre vida e morte, conforto e sofrimento. O princípio da beneficência deverá ser adotado, procurando sempre aliviar o sofrimento dos pacientes, tendo na bioética um melhor direcionamento para situações que geram dilemas<sup>10,11</sup>.

Mesmo depois de muitas mudanças na lei, ainda há muitos problemas para se determinar diretrizes mais avançadas, existindo uma grande dificuldade em aceitar a morte como ciclo natural da vida. Muitas vezes ignoramos a necessidade do paciente e focamos somente em tratamentos específicos esquecendo dos cuidados na terminalidade da vida. No que se diz respeito a morte com dignidade, temos os cuidados paliativos, uma forma de dar assistência física e psicológica a fim de diminuir a dor no fim da vida de um paciente terminal<sup>11,12</sup>.

A bioética aborda questões polêmicas tornando-se um tema difícil de discutir quando se trata de eutanásia, distanásia, ortotanásia, e cuidados paliativos. A discussão sobre esses temas ganha cada vez mais importância no campo do Direito Constitucional, Civil, Penal e Direitos Humanos. A bioética nesse caso pode ser uma ferramenta eficaz na busca da decisão mais prudente frente aos conflitos éticos em detrimento da terminalidade<sup>10,12</sup>.

No Brasil, o ordenamento jurídico manifesta-se contrário à prática de eutanásia, porém, esse tema vem sendo debatido entre filósofos, religiosos e profissionais da área de Saúde. Na Eutanásia temos a morte de alguém que está sofrendo através da adoção de alguma conduta para produzir a morte, no Brasil é crime de homicídio nos termos do art. 121 do CP<sup>11,12</sup>.

A distanásia baseia-se no ato de prolongar o processo de morte, mesmo quando está claro que todos os procedimentos médicos e medicações não poderão evitar a morte desse paciente. Nesse caso não existe consenso na literatura em relação aos critérios para a retirada e a manutenção do suporte terapêutico frente ao paciente no processo de morte. Nesse caso a ortotanásia parece ser uma morte mais digna, fundamentada em princípios e na autonomia do paciente<sup>9,12</sup>.

Nesse contexto, é muito importante considerar a participação familiar e sua opinião, sendo evidenciada em estudos a vontade dos familiares em participar desse processo. Assim, destaca-se não apenas a obrigatoriedade legal da participação da família nessas decisões, mas a importância de inseri-la como coparticipante desse processo<sup>16</sup>.

### **5.3. Legislação**

*Carolina Barros Abate Dantas, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

Os cuidados paliativos representam uma abordagem essencial para a melhoria da qualidade de vida de pacientes e seus familiares, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Suas ações abrangem aspectos físicos, psicossociais e espirituais, compreendendo a morte como um processo natural<sup>1</sup>.

No Brasil, essa abordagem tem sido incorporada à política de saúde, embora ainda enfrente desafios estruturais e normativos. Até o momento, não há uma legislação federal específica que regule de maneira abrangente os cuidados paliativos e as decisões de fim de vida. No entanto, existem instrumentos legais dispersos e iniciativas legislativas relevantes.

No âmbito federal, um marco recente foi a Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023, que instituiu a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no SUS. Essa lei, embora voltada principalmente ao controle do câncer, abordou expressamente a necessidade de cuidados paliativos de qualidade, consolidando diretrizes para minimizar o sofrimento e garantir a dignidade dos pacientes oncológicos<sup>2</sup>.

Na prática, essa lei conferiu respaldo jurídico a políticas anteriormente estabelecidas apenas em normas infralegais do Ministério da Saúde, convertendo em legislação as diretrizes da Resolução MS nº 41/2018, que organizava os cuidados paliativos no SUS<sup>6</sup>. Dessa forma, o ordenamento jurídico passou a reconhecer explicitamente que um tratamento digno e sem sofrimento desnecessário é um direito do paciente em estado grave, incluindo o acesso a cuidados paliativos adequados.

Paralelamente à legislação estatal, a atuação médica no contexto de fim de vida é guiada por normas deontológicas estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que exercem forte influência na prática clínica. O Código de Ética Médica (CEM) brasileiro explicita deveres e vedações ao médico quanto a cuidados paliativos, e suas diretrizes atuais refletem a compreensão bioética sobre ortotanásia e distanásia. Em sua versão vigente (Resolução CFM nº 2.217/2018, atualizada), o código desencoraja a obstinação terapêutica: no caso de doença incurável e terminal, o médico deve oferecer os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, sempre levando em consideração a vontade expressa do paciente ou de seu representante<sup>3</sup>.

Outra norma fundamental é a Resolução CFM nº 1.995/2012, que disciplinou as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) no âmbito da ética médica. As diretivas antecipadas de vontade – também conhecidas como testamento vital – são definidas por essa resolução como o conjunto de desejos prévios, manifestados por pessoa capaz, sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não deseja receber no momento em que se encontrar incapaz de expressar livremente sua vontade<sup>4</sup>. A resolução do CFM orienta os médicos a respeitarem essas diretivas do paciente, garantindo sua autonomia mesmo quando ele não puder mais se comunicar, desde que não entrem em conflito com os preceitos do Código de Ética ou o ordenamento jurídico.

Nos últimos anos, a área de cuidados paliativos ganhou destaque nas políticas de saúde brasileiras, com avanços importantes. Em 2024, foi instituído pelo Ministério da Saúde, a

Política nacional de Cuidados Paliativos (PNPC), por meio da Portaria GM/MS nº 3.681/2024. Trata-se da primeira política pública de alcance nacional totalmente dedicada aos cuidados paliativos, fruto da mobilização de especialistas e da sociedade civil junto ao Ministério da Saúde. Essa política tem como objetivo estruturar e expandir a oferta de cuidados paliativos no país, garantindo equidade e acesso a esse tipo de atendimento. Entre as suas diretrizes, destacam-se a criação de equipes multiprofissionais especializadas e a garantia no suprimento de medicamentos e insumos necessários para o controle dos sintomas e o conforto dos pacientes. A PNCP reconhece que esses cuidados devem ser iniciados precocemente, junto ao diagnóstico de doenças ameaçadoras da vida, não apenas em estágio terminal<sup>5</sup>.

Ao prever equipes matriciais (consultoras) e equipes assistenciais atuando em diversos pontos da rede – hospitais gerais, unidades básicas com atendimento domiciliar, serviços oncológicos, etc. – o SUS busca incorporar o cuidado paliativo como parte integrante do cuidado em saúde, sob a lógica da integralidade. Assim, concretiza-se, no plano prático, o que a legislação e a ética preconizam: que todo paciente, independentemente do estágio ou da possibilidade de cura de sua doença, receba um tratamento humanizado, digno e proporcional, voltado não só à prolongação da vida, mas principalmente à mitigação da dor e do sofrimento evitável<sup>5</sup>.

Diante do exposto, observa-se que os cuidados paliativos vêm conquistando maior espaço e estruturação no sistema de saúde, ainda que careçam de regulamentações específicas e abrangentes que os respaldem legalmente. A consolidação da Política Nacional de Cuidados Paliativos representa um avanço significativo na garantia de um tratamento digno e humanizado, alimentando a esperança no fortalecimento dessas iniciativas para o futuro da saúde no Brasil. Por fim, é fundamental ressaltar que essas diretrizes são essenciais para assegurar cuidados proporcionais, respeitando a autonomia, a dignidade e a qualidade de vida e de morte de todos os cidadãos.

## **5.4. Referências**

### **Definição**

1. MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: Conceito, Fundamentos e Princípios. Manual De Cuidados Paliativos ANCP, v. 2, n. 2, p. 23-24, 2012.
2. SILVA, Alexandre Ernesto *et al.* Cuidados Paliativos: Definição e Estratégias Utilizadas na Prática Médica. Research, Society and Development, v. 10, n. 1, e18810111585, 2021.

3. GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados Paliativos. *Estudos Avançados*, v. 30, p. 155-166, 2016.
4. CAPELAS, Manuel Luís et al. Cuidados Paliativos: o Que é Importante Saber. *Patient Care*, v. 21, n. 255, p. 15-20, 2016.

### **Bioética**

1. VIDAL, Edson Iglesias de Oliveira *et al.* Position Statement of ANCP and SBGG on Shared Decision-Making In Palliative Care. *Cad Saude Publica*, v. 38, n. 9, p. e00130022, 2022.
2. DECAMP, Matthew *et al.* Meeting Ethical Challenges With Authenticity When Engaging Patients And Families in End-Of-Life and Palliative Care Research: A Qualitative Study. *BMC Palliat Care* [S. l.], v. 21, n. 1, p. 74, 2022.
3. RUSSELL, Bethany *et al.* An Ethical Framework for Visitation of Inpatients Receiving Palliative Care in the COVID-19 Context. *Journal of Bioethical Inquiry*, v. 19, n. 2, p. 191-202, 2022.
4. SCHAIK, Malene Vera van *et al.* Participatory Development of CURA, a Clinical Ethics Support Instrument for Palliative Care. *BMC Med Ethics* [S. l.], v. 23, n. 1, p. 32, 2022.
5. KOVÁCS, Maria Julia. Bioética nas Questões da Vida e da Morte. *Psicologia USP* [S. l.], v. 14, n. 2, p. 115-167, 2003.
6. COELHO, Maria Emidia de Melo; FERREIRA, Amauri Carlos. Cuidados Paliativos: Narrativas do Sofrimento na Escuta do Outro. *Revista Bioética*, Brasília, v. 23, n. 2, p. 340-348, 2015.
7. ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados Paliativos: a Comunicação Como Estratégia de Cuidado para o Paciente em Fase Terminal. *Ciência & Saúde Coletiva* [S. l.], v. 18, n. 9, p. 2523-2530, 2013.
8. ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. O Conhecimento de Estratégias de Comunicação no Atendimento à Dimensão Emocional em Cuidados Paliativos. *Texto & Contexto – Enfermagem* [S. l.], v. 21, n. 1, p. 121-129, 2012.
9. MILLANIS, Milena da Silva; SILVA, Vivian Schmidt da. Revisão Bibliográfica da Literatura: “Eutanásia, Ortotanásia E Distanásia”. *Revista Científica UMC*, Mogi das Cruzes, v. 7, n. 1, 2022.
10. FILHO, Rui Lopes; LOPES, Lucas Carvalho. Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia. *Revista Bioética CREMEGO* [S. l.], v. 4, n. 1, p. 14-17, 2022.

11. FELIX, Zirleide Carlos *et al.* Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia: Revisão Integrativa da Literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [S. l.], v. 18, p. 2733–2746, 2013.
12. LIMA, Walber Cunha. Bioética, Mistanásia e Direitos Humanos: Morte Social e Perspectivas Para o seu Enfrentamento. Repositorio UFRN Br, 21 de fevereiro de 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/23511>. Acesso em: 8 de outubro de 2022.
13. MEDEIROS, Maria Olívia Sobral Fraga de *et al.* Cuidados Paliativos na Emergência: Revisão Integrativa. *Revista Bioética*, Brasília, v. 29, n. 2, p. 416-426, 2021.
14. WITTMANN-VIEIRA, Rosmari; GOLDIM, José Roberto. Bioética e Cuidados Paliativos: Tomada de Decisões e Qualidade de Vida. *Acta Paulista de Enfermagem* [S. l.], v. 25, n. 3, p. 334-339, 2012.
15. OLIVEIRA, José Ricardo de; FERREIRA, Amauri Carlos; REZENDE, Nilton Alves de. Ensino de Bioética e Cuidados Paliativos nas Escolas Médicas do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 37, n. 2, p. 85-290, 2013.
16. NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo; SOUSA, Jéssica de Oliveira. Limitação do Suporte de Vida na Terapia Intensiva: Percepção Médica. *Revista Bioética*, Brasília, v. 25, n. 3, p. 554-562, 2017.

## Legislação

1. CENEDESI, Junior MA. Bioética aplicada aos cuidados paliativos: questão de saúde pública. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, v. 31, n. 3, 2024.
2. BRASIL. Planalto. Lei nº 14.758. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 de dezembro de 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/114758.htm#:~:text=LEI%20N%2014.758%2C%20DE%2019%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202023&text=Institui%20a%20Política%20Nacional%20de,\(Lei%20Orgânica%20da%20Saúde\)](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114758.htm#:~:text=LEI%20N%2014.758%2C%20DE%2019%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202023&text=Institui%20a%20Política%20Nacional%20de,(Lei%20Orgânica%20da%20Saúde)). Acesso em: 1 de abril de 2025.
3. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217/2018, de 1º de novembro de 2018. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 30 de março de 2025.
4. ORSELLI, Helena de Azevedo; ROSA, Matheus Freiberguer. As Resoluções n. 1805/2006 E 1995/2012 do Conselho Federal De Medicina e o Ordenamento Jurídico Brasileiro. *Revista*

de Estudos Jurídicos da UNESP, Franca, v. 22, n. 35, 2019. Disponível em: <https://periodicos.franca.unesp.br/index.php/estudosjuridicosunesp/article/view/242>. Acesso em: 1 de abril de 2025.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do SUS. Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681\\_22\\_05\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html). Acesso em: 1 de abril de 2025.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução no 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html). Acesso em: 30 de março de 2025.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Beatriz Carvalho Almeida, Renata da Silva Rodrigues, Fiorita Gonzales Lopes Mundim*

Segundo Schopenhauer, o ser humano, ao contrário dos outros animais, tem consciência de sua própria finitude. Ao refletir sobre sua temporalidade, desenvolve diversas concepções que transcendem a filosofia e a religião, impactando também a moral e a ética de uma sociedade. Essas reflexões permeiam as discussões abordadas neste livro, evidenciando como diferentes culturas e tradições interpretam a vida e a morte<sup>4</sup>.

Ao longo da história, inúmeras concepções sobre a existência humana e o sentido da morte foram construídas. Durante a Idade Média (476 d.C. a 1453), a sociedade era organizada sob forte influência da Igreja Católica, em um modelo teocrático no qual os papas detinham o status de plenitude do poder (*plenitudo potestatis*). Embora o catolicismo tenha dominado muitas culturas, promovendo processos de catequização e tentativa de homogeneização, a padronização completa das tradições nunca ocorreu<sup>2</sup>.

Atualmente, com a possibilidade de estudar diferentes culturas e crenças, torna-se evidente a diversidade de interpretações sobre os conceitos de vida e morte, incluindo *distanásia*, *eutanásia*, *mistanásia* e suas implicações jurídicas, éticas e religiosas. As religiões atribuem significados à morte e unem pessoas em torno dessas crenças, oferecendo conforto em momentos de perda. No entanto, devido ao histórico de proximidade entre religião e política, muitas sociedades ainda enfrentam desafios em relação ao ideal de Estado laico. A influência religiosa na política leva, por vezes, à imposição de preceitos metafísicos sobre toda a sociedade, especialmente em contextos teocráticos, onde tais princípios frequentemente se tornam leis.

Neste trabalho, discutimos diferentes procedimentos relacionados à morte, destacando como, em razão da enorme diversidade cultural do Brasil e do mundo, essas práticas geram debates e controvérsias. Enquanto em algumas sociedades são vistas como inaceitáveis, em outras são consideradas justas e legítimas.

Além disso, abordamos a importância dos cuidados paliativos e seu papel no acompanhamento profissional diante da morte. Embora essa área seja relativamente nova, sua demanda cresce continuamente. Durante a pandemia da COVID-19, a medicina – uma das ciências que mais avançaram nesse período – teve um papel essencial diante do sofrimento de milhares de pacientes que faleceram sem a presença de seus familiares, impossibilitados de se

despedir. Esse cenário reforçou a relevância dos cuidados paliativos, que buscam proporcionar conforto tanto ao paciente em estado terminal quanto a seus entes queridos<sup>1</sup>.

Dado o impacto crescente dessa área, torna-se essencial aprofundar os estudos sobre o paliativismo como forma de cuidado e assistência à saúde, bem como ampliar o debate sobre morte assistida e suas diversas abordagens<sup>3</sup>.

## **Referências**

1. COSTA, Simone de Lima *et al.* Cuidados paliativos e o fim da vida: desafios e perspectivas no contexto da pandemia. *Acta Paulista de Enfermagem* [S. l.], v. 33, 2020.
2. LE GOFF, Jacques. *A civilização do Ocidente medieval*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
3. PESSINI, Léo. *Distanásia: até quando prolongar a vida?*. Editora Loyola, São Paulo, 2002.
4. SCHOPENHAUER, Arthur. *O mundo como vontade e representação*. Editora Contraponto, Rio de Janeiro, 2007.

