



Reflexões sobre Ética na Autonomia do Direito de Viver a Própria Morte mediante a Constitucionalização

José Ribeiro dos Santos¹

Resumo: As intermitências e nuances da morte e a ideia da finitude é algo aterrorizador para muitos indivíduos e falar sobre esse assunto é quase que um tabu, a morte é um processo mais ou menos longo, foi com desenvolvimento tecnológico do mundo moderno que permite que muitas pessoas permaneçam vivas, embora privadas de algumas funções antes consideradas vitais. O presente trabalho tem como objetivo acrescentar contribuições à discussão acerca da autonomia no processo de morte e morrer, bem como dos questionamentos legais e morais que a envolvem, através de uma revisão integrativa. O Código Penal Brasileiro não faz distinção entre eutanásia ativa (quando há ação para provocar a morte) e eutanásia passiva (quando há omissão para evitar a morte), o fato é que no Brasil, a eutanásia ainda é crime. Entretanto com os avanços biotecnológicos, corre-se o risco de perder o bom senso diante de um paciente com um quadro irreversível e, em vez de se proporcionar a vida, prolonga-se o processo de morrer do indivíduo. Evidenciou-se que, com o desenvolvimento da sociedade é possível observar que a preservação da vida unicamente levando-se em consideração apenas e exclusivamente os critérios biológicos, negligenciando-se a qualidade a ser proporcionada ao indivíduo, não pode mais ser cegamente considerada atualmente é preciso abrir espaços para a promoção de debates e amadurecimento de inovações que possam corroborar os anseios e as demandas da atualidade.

Palavras-Chave: Direito de morrer; Ética; Enfermagem; Processo de Morte; Morrer.

Reflections on Ethics in the Autonomy of the Right to Live One's Own Death through Constitutionalization

Abstract: The intermittency and nuances of death and the idea of finitude are terrifying for many individuals, and discussing this subject is almost taboo. Death is a relatively long process. It was with the technological development of the modern world that many people remain alive, albeit deprived of some functions previously considered vital. This paper aims to contribute to

¹ Palestrante e Docente. Mestre em Ciências da Educação pela Universidade Politécnica e Artística do Paraguai; Especialização em Enfermagem Forense pela Faculdade DNA; Especialista em Urgência e Emergência com Ênfase em APH pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Especialista em Docência do Ensino Médio, Técnico e Superior da área da Saúde pela Faculdade Associada Brasil; Especialização em Enfermagem em Saúde Mental. Graduação: Licenciatura em Biologia pelo Centro Universitário Claretiano. Graduação Bacharel em Enfermagem pela Universidade Paulista. Enfermeiro emergencista no Hospital e Maternidade Suzano. E-mail: zekaribeiro61@gmail.com

the discussion about autonomy in the process of death and dying, as well as the legal and moral questions surrounding it, through an integrative review. The Brazilian Penal Code does not distinguish between active euthanasia (when there is action to cause death) and passive euthanasia (when there is omission to prevent death). The fact is that in Brazil, euthanasia is still a crime. However, with biotechnological advances, there is a risk of losing common sense when faced with a patient with an irreversible condition, and instead of providing life, the individual's dying process is prolonged. It has become clear that, with the development of society, it is possible to observe that preserving life solely by considering biological criteria, neglecting the quality of life provided to the individual, can no longer be blindly considered. It is necessary to open spaces for promoting debate and the development of innovations that can corroborate the desires and demands of today.

Keywords: Right to die; Ethics; Nursing; Dying Process; Death.

Introdução

As intermitências e nuances da morte e a ideia da finitude é algo aterrorizador para muitos indivíduos e falar sobre esse assunto é quase que um tabu, muitas pessoas evitam discutir sobre esse tema por medo, desconhecimento ou simplesmente o apego a pessoas ou aos bens terrenos. A morte é uma constante que se manifesta de forma contundente no cotidiano dos profissionais da saúde¹.

Embora já se soubesse que a morte, mais do que um momento, é um processo mais ou menos longo, foi com desenvolvimento tecnológico do mundo moderno que permite que muitas pessoas permaneçam vivas, embora privadas de algumas funções antes consideradas vitais. Talvez por constituir fato incontestável e inevitável, a finitude da vida humana provoca grande temor na maioria das pessoas da sociedade ocidental contemporânea².

De acordo com a literatura o primeiro critério adotado para a aferição da morte foi o da morte clínica, ou seja: a cessação da atividade cardiorrespiratória, entretanto, com o passar do tempo, esse critério se tornou obsoleto já que havia pessoas, que não respondiam a qualquer estímulo, mas continuavam com seu sistema respiratório funcionando através de máquinas³. Com os avanços da medicina, o coração deixa de ser o centro da vida, passando essa atribuição ao cérebro, surgindo assim os novos critérios de aferição que é utilizado até os dias de hoje: morte encefálica.

De acordo com a literatura a definição de morte é a cessação completa e irreversível da parada de todas as funções dos processos vitais, comumente apoiados pelo coração, pulmões e

cérebro. (CFM, 1999). Muito se discute sobre a morte, entretanto, observa-se que os dois enfoques básicos sobre a morte repousam sobre a ciência e sobre a religião⁴

No Brasil, por determinação de lei federal, os critérios para determinação da morte encefálica são definidos pelo Conselho Federal de Medicina desde 1997, sendo válidos para todo o território nacional, a Resolução 2.173/2017 do Conselho Federal de Medicina atualizou a metodologia para determinação da morte encefálica⁵.

De acordo com a ciência, a morte encefálica é a morte de fato, compreendida pela perda completa e irreversível das funções encefálicas cerebrais, definida pela cessação das funções corticais e do tronco encefálico ou tronco cerebral.

Entretanto outras correntes defendem que existem outros tipos de mortes além da morte biológica, a morte psicológica, social e espiritual. Ou seja: biologicamente o ser estar vivo, entretanto socialmente ou espiritualmente ele é considerado como “morto”. Independentemente do conceito de morte que se utilize, para que ela possa ser diagnosticada é preciso que se constate a irreversibilidade da impossibilidade absoluta de retorno à vida autônoma:

“Tendo sido a morte definida como: a perda de fluidos vitais; a separação da alma; a perda irreversível da capacidade de integração do corpo; a perda irreversível da capacidade de consciência e integração social; foram considerados critérios de morte o cessar irreversível do funcionamento: de todas as células, tecidos e órgãos; do coração e dos pulmões; de todo o encéfalo do córtex cerebral; do tronco cerebral; da capacidade corporal da consciência⁶

A morte pode ser classificada em: morte natural decorrente do envelhecimento, doenças ou falhas orgânicas. A morte violenta (suicídio ou homicídios) Suicídio: É um ato voluntário em que um indivíduo tem a intenção de provocar a própria morte. Pode ser causado por sofrimento ou transtornos psiquiátricos, já o Homicídio: É a eliminação da vida humana extrauterina, provocada por terceiros. E os estágios da morte podem ser entendidos como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

A morte deixa de ser pública para se tornar privada e individual, cada vez mais, investe-se em tecnologias para combatê-la, muitas vezes, sem considerar os aspectos emocionais envolvidos⁷. Observa-se que o processo de morte e morrer tem sua relevância e deve ser considerado, respeitando o direito de escolha de cada indivíduo que a vivência.

A compreensão sobre a morte está relacionada com as informações recebidas, a cultura em que o sujeito está inserido e as experiências vivenciadas, para uma grande parte da população brasileira é difícil entender os aspectos relevantes que o processo de morte pode

oferecer ao indivíduo, entretanto quando essa morte é de uma criança ou um adolescente, essa experiência se torna mais difícil de aceitação.

A autonomia do reconhecimento da fragilidade na atenção à saúde dos indivíduos sem possibilidades de cura, ignorando a sua vontade, da compreensão dos seus anseios e necessidade é algo importante a ser considerado, o indivíduo em suas faculdades mentais preservadas deve ser o protagonista e ter o poder de decisão sobre sua finitude, que muitas vezes é decidida pelos outros e não por ele próprio.

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu “cuidados paliativos” (CP), visando a eliminação ou diminuição da dor e sofrimento do doente. É importante ressaltar que nas condições as quais o indivíduo se encontra, ou seja, estágio avançado/terminal de sua doença, é aceitável a ortotanásia ou seja: a medicina paliativa. Cuidados paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças⁸.

A situação mais correta para a conduta no final da vida está diretamente relacionada com a dignidade da pessoa humana e o respeito às suas decisões sobre o processo de morte e morrer, o investimento na cura de paciente fora de possibilidades terapêuticas pode ser considerado agressão à dignidade da pessoa, comprometendo a qualidade de vida do enfermo e de sua família⁹.

Os critérios de morte refletem o que julgamos necessário acontecer à luz do conhecimento fisiopatológico para que aquilo que estabelecemos como morte possa ocorrer de fato⁶. Mas não devemos levar em consideração apenas e tão somente o fator biológico, seria de bom tom se fosse considerado todos os aspectos sociopsicológicos e a vontade do indivíduo imputado o poder de decisão sobre a sua própria finitude.

O progresso técnico-científico da medicina proporcionou tratamentos antes impensáveis para certas doenças, assim como a cura de algumas delas, por outro lado, assombra e assusta o fato de podermos ser obrigados a passar por extensos e prolongado sofrido muitas vezes inútil durante o processo de morte e morrer. Mediante a essa temática surge indagações norteadoras propostas para o desenvolvimento e entendimento do estudo. Pressupondo que o indivíduo tenha meios juridicamente legais para viver a própria morte. Observa abaixo as indagações elencadas para entendermos melhor sobre a autonomia de cada indivíduo no processo de morte e morrer:

- I- É possível que um indivíduo imputado tenha o direito de decisão sobre sua finitude diante de uma condição patológica ou física?
- II- Até que ponto é ético negar ou suprimir a decisão do outro simplesmente por não ser você que está vivenciando essa situação de flagelo?
- III- Haveria algum sentido obrigar um indivíduo a permanecer em uma cama, imóvel, sem possibilidade de utilizar os cinco sentidos (tato, olfato, audição, visão e paladar), apenas por que o coração ainda está batendo?
- IV- Até que ponto é humano e ético obrigar o outro a aceitar seu estado vegetativo baseado em preceitos ou crenças pessoais suas e não do acometido pela enfermidade?
- V- Haveria algum sentido obrigar um indivíduo sem prognóstico a permanecer longos períodos ligado a máquinas artificiais mesmo que ele ainda esteja apresentando perfusão cerebral?
- VI- É possível que o indivíduo imputado decida legalmente sua finitude mesmo não estando vivenciando seu processo de morte?

Metodologia

Dessa maneira, buscou-se estabelecer uma primazia do conteúdo diante da vasta produção científica e para isso, seguiu-se a natureza reflexiva e interpretativa das questões acerca da ética, da autonomia do direito de morrer do ser humano em sua plenitude.

Trata-se de uma pesquisa de Revisão Integrativa que, refere-se a um “método que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo” realizada mediante levantamento de literatura especializada sobre o direito de morrer, ética enfermagem e processo de morte e morrer comum todo.

Em relação aos aspectos éticos e metodológico, a pesquisa se apoia em procedimentos técnicos e sistemáticos com o intuito de embasamento de investigação científica. Foram utilizadas bases de dados diversas, como bibliografias brasileiras e estrangeiras, que procurei incluir, não apenas livros e artigos publicados, mas também trabalhos acadêmicos desde que contemplasse os objetivos do estudo proposto.

Inicialmente iniciou-se a coleta bibliográfica exploratória qualitativa, em que é empregado o método dedutivo, de caráter descritivo qualitativo. Lembrando que o estudo não tem nenhuma pretensão de esgotar a temática e sim agregar elementos e contribuir com a discussão e as eventuais vertentes que poderão estar intrínsecas a luz da constituição, mas

pautada no respeito/autonomia e no poder de decisão do indivíduo que está vivenciando o processo de morte e morrer.

Os critérios de elegibilidade para a seleção dos documentos se deram através de consultas virtuais aos seguintes bancos de dados: em: “*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*” (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e “*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*” (MEDLINE) indexadas pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Os descritores e operadores booleanos utilizados foram: direito de morrer “AND” ética Enfermagem “AND” morte. O levantamento dos documentos ocorreu entre os meses de janeiro a fevereiro de 2025.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: a) artigos publicados em português, inglês e/ou espanhol, dos últimos vinte e cinco anos; b) ser artigo científico disponível na íntegra e gratuitamente nos bancos de dados citados acima; c) publicações que contemplasse a temática do estudo em especial seus objetivos.

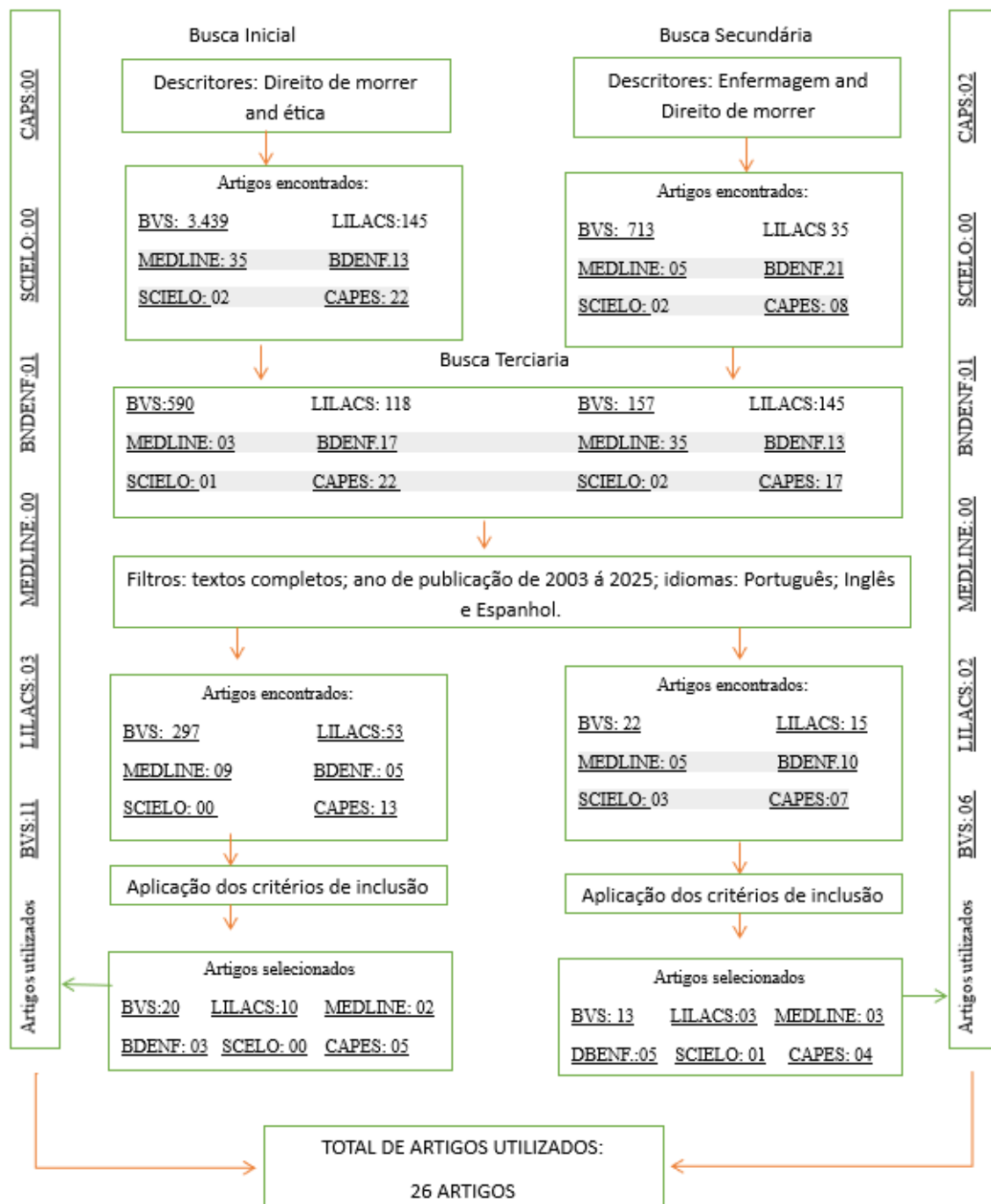
Para os critérios de exclusão foram: a) artigos publicados em outros idiomas que não fossem no idioma citado acima; b) os artigos que não respondessem às questões norteadoras do estudo; c) publicações incompletas, bem como os artigos pagos e publicações que não contemplasse a temática do estudo proposto.

Em termos do recorte faz-se necessário para a construção deste trabalho científico, optou-se por delimitar o marco temporal, entre os anos de 2003 a 2025, visto que os cuidados paliativos são tema relativamente recente na história da saúde pública brasileira.

No final dessa etapa foram encontrados um volume muito expressivo de documentos tornando o pesquisador a fazer corte e uma nova busca foi realizada. E assim, repetiu-se novamente fazendo uma busca terciária. Muitos documentos foram encontrados, porém a grande maioria não se encaixava no estudo e uma nova busca foi realizada aplicando assim o filtro.

Após a finalização dessa etapa, os documentos selecionados foram impressos e realizado uma leitura minuciosa desses documentos. Ao término dessa fase, foram escolhidos 26 artigos que foram sistematizados em uma planilha para serem utilizados. Abaixo o fluxograma das buscas dos documentos que deu embasamento a esse trabalho.

Figura 1 - Fluxograma da busca dos documentos utilizados na pesquisa



Resultados e Discussão

A vida seria o principal dos direitos assegurados constitucionalmente, sendo ele inviolável conforme consta na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º. Do direito à vida derivam todos os outros como: igualdade, segurança, liberdade de forma ampla e o direito à propriedade, ninguém pode dispor desses direitos se vida não tiver¹⁰.

A morte digna pode ser considerada, inclusive, um direito humano, sendo esta compreendida como a morte sem dor ou angústia, em conformidade com a vontade do titular do direito de viver e de morrer¹¹.

“Em 28 de novembro de 2006 o Conselho Federal de Medicina - CFM publicou a Resolução 1.805/06, baseada no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que tem o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, gerando a concepção que permitiu ao CFM resolver 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”¹²

O Código Penal Brasileiro não faz distinção entre eutanásia ativa (quando há ação para provocar a morte) e eutanásia passiva (quando há omissão para evitar a morte). Distanásia: Refere-se ao prolongamento excessivo da vida do paciente, mesmo sem perspectiva de melhora ou contra a vontade do paciente

Pesquisa apontam e reforça a necessidade da realização de educação permanente em serviço e do investimento institucional na adoção de protocolos clínicos que sejam capazes de direcionar, com segurança, a implantação dos cuidados paliativos deixando evidente que é preciso a adoção de treinamentos para equipe multiprofissional¹³.

A exclusão das emoções no processo formativo, por vezes, é transformada pela racionalização, numa técnica necessária para o efetivo desempenho profissional, a crença na transcendência humana parece construir um sentido para a morte, amenizando a dor e sofrimento da prática profissional a partir da própria consciência da morte¹⁴

A equipe básica para os cuidados paliativos, conforme a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), inclui médico(a), enfermeiro(a), assistente social, psicólogo(a), fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, voluntários e assistentes espirituais que devem estar adequadamente habilitados em relação aos princípios dos cuidados paliativos¹⁵.

Quadro 1 - Características dos principais artigos que compuseram o corpo de análise do estudo de acordo com autores, objetivo, conclusão, local de realização do estudo e ano.

Autores	Conclusões	Local do estudo	Periódico	Ano
GUIMARÃES, C. S., de SOUZA, C. I., SANTOS, J. S., GODOY, M. C. S., de SOUZA, J. H. K., & KALIL, I. V.	Nesse sentido, o respeito à autonomia da pessoa pressupõe livres escolhas dos sujeitos, permitindo e enfatizando o respeito à liberdade de escolha da pessoa e a dignidade da pessoa humana, incluindo aspectos que abarcam a morte. Desse modo, independente da maneira a qual haja o término da vida, a dignidade da pessoa humana apresenta-se como um dos fundamentos basilares, devendo ser respeitada e protegida, já que a qualidade de vida garantida ao ser humano é um pressuposto que deve não só incluir seu nascimento, mas também os momentos que antecedem sua morte.	Minas Gerais	Revista Saúde Dos Vales	2023
Brito, P. C. C., Sobreiro, I. M., Atzingen, D. A. N. C. V., Silva, J. V. D., & Mendonça, A. R. D. A.	parece necessária a criação de espaços na grade curricular que forneçam apoio não apenas teórico-prático, mas também afetivo das questões envolvendo a terminalidade. A proposta de educação teóricoprática relativa aos cuidados paliativos inserida na grade curricular lapidaria a confiança e atitude dos futuros profissionais perante o cuidado.	Pouso Alegre (MG)	Revista Brasileira de Educação Médica	2020
23 Siqueira, S. F., Andrade Ferreira, T. H., & Melo Andrade, D. C.	Por fim, percebe-se que não existe uma solução imediata e universal para os problemas ocorridos pelo fenômeno da mistanásia. Porém, é de extrema importância que o Estado se imponha e tente amenizar esse empecilho, não ficando omissos da situação, mas sim se tornando um agente ativo no combate procurando salvaguardar o que está previsto na Constituição	Sergipe-Aracaju	Ciências Humanas E Sociais	2020
Dadalto, L.	Em um Estado Democrático de Direito, morte digna deve ser entendida como a possibilidade que o indivíduo portador de uma doença ameaçadora da vida tem de escolher como deseja morrer. Não se trata, a princípio, de legitimar o desejo de morrer, mas de reconhecer que, em estados clínicos em que a irreversibilidade da doença está instaurada, é direito do paciente escolher como deseja vivenciar sua própria terminalidade.	Fortaleza	Pensar Revista de Ciências Jurídicas,	2019
Barbosa, G. S. D. S., & Losurdo, F.	Observe-se que a vida é renunciável e cabe ao sujeito detentor do direito decidir em continuar o curso natural da morte ou permitir a obstinação terapêutica, o que não vem sendo aplicado nos hospitais do país, posto que, temendo imputação penal caso não insistam no tratamento de paciente terminal, os médicos, inclusive contra a vontade do sujeito, insistem em tratá-lo	Curitiba	Revista de investigações constitucionais	2018
de Freitas, R. S., & Zilio, D	ainda que seja polêmica a questão, a autonomia decisória merece ser levada em consideração, inclusive na efetivação do direito de morrer dignamente, já que busca resguardar o ser humano	Uruguai	CONPEDI LAW REVIE	2016

	nos aspectos mais íntimos de sua vida e, até porque, optar pela morte digna não significa abrir mão do direito à vida.			
Favarim, A. M	existem formas de eutanásia que se aproximam muito de alguns tipos penais, como o homicídio qualificado por motivo torpe, o homicídio simples e o homicídio privilegiado. Outrossim, o suicídio assistido poderia ser enquadrado no crime de induzimento, investigação u auxílio a suicídio	Rio Grande do Sul	Revista SORBI	2014
Bussinger, E. C. D. A., & Barcellos, I. A.	Permite-nos concluir que estão os médicos e os familiares vinculados às diretrizes do paciente terminal, devendo a elas se submeter, ainda que não exista lei específica capaz de dar o caráter e o sentimento de respaldo legal até muito recentemente vigente na cultura jurídica brasileira.	Vitória Espírito Santo	Ciência & Saúde Coletiva	2013
Borges, M. D. S., & Mendes, N.	O eixo da dimensão profissional evidenciou que, durante a graduação, os alunos são treinados para prevenir, curar e salvar vidas, naturalizando a assistência tecnicista como a única forma de “cuidado”. Ratificou-se que raramente, ao longo do curso, é criada a oportunidade de refletir sobre a perda dos pacientes e o impacto desse fato no processo de formação e na vida pessoal dos alunos.	Brasília	Revista Brasileira de Enfermagem	2012
Ribeiro, D. C.	Os médicos e demais profissionais de saúde têm o dever de respeitar a autonomia do usuário, inclusive para lhe dar alta "a pedido", deixando que a morte ocorra no local, no tempo e em companhia de quem o doente quiser. O usuário dos serviços de saúde tem o direito de estar só e de morrer só, de estar acompanhado e de morrer entre os seus.	Rio de Janeiro	Cadernos de Saúde Pública	2006

Fonte: elaborada pelo autor, 2025.

Estudos revelam que o direito de morrer de maneira digna não deve ser confundido com o direito de morrer, pura e simplesmente, embora essa luta contra a morte indica um grande avanço tecnológico, fica o questionamento quanto à autonomia e a qualidade de vida, se é que se pode chamar de vida uma pessoa em estado vegetativo¹⁶.

Podemos observar na constituição brasileira que existem dispositivos legais que poderão ser usados para beneficiar o indivíduo no “deito de escolha” indivíduos sem prognósticos, ou seja em situação de cuidados paliativos é permitido a ortotanásia, o médico é respaldado por essa decisão com ou sem consentimento do paciente, pois entende-se que tudo que estava disponível e ao alcance foi feito em pro da vida do doente e que chegou a hora do paciente ter uma morte digna, priorizando o alívio dor e a qualidade de vida do indivíduo e não mais a cura.

Apesar das equipes de saúde estarem tecnologicamente preparadas para os cuidados a pacientes terminais e/ou cuidados paliativos, observa-se a dificuldade que os profissionais de saúde encontram para cuidar do paciente em fase terminal e de lidar com as demandas apresentadas por suas famílias¹⁷.

Pesquisa mostra que diante da escassez de reflexões sobre a morte, seus aspectos psicológicos e suas repercussões no contexto médico-acadêmico, é necessária a criação de espaços na grade curricular que forneçam apoio não apenas teórico-prático, mas também afetivo das questões envolvendo a terminalidade.

Observa-se que a ortotanásia no Brasil tem embasamento jurídico, o médico tem respaldo legal para aplicar em casos em que o indivíduo se encontre em tais condições, entretanto a eutanásia é crime no ordenamento jurídico brasileiro. O conceito de eutanásia possui ambiguidades que levam ao surgimento de conceitos como a ortotanásia e a distanásia, a Resolução 1805/2006, do Conselho Federal de Medicina, e a lei 9434/97¹⁸. O direito de morrer dignamente aglutina a luta por diversos direitos, como a dignidade, a liberdade, a autonomia, a consciência, e está referido ao anseio de se ter uma morte humana, sem a angústia e a agonia do prolongamento de um tratamento inútil

A partir da Resolução n.º 1.995/12, editada pelo CFM, a vontade do paciente passa a ser soberana, não mais podendo o médico, detentor do saber científico decisivo para a questão da vida ou da morte do paciente, estabelecer o que se procederá se suas diretivas colidirem com a do paciente, ressalvado o que dispõe o Código de Ética Médica¹⁹.

A eutanásia é o processo de morte do paciente com doença incurável e sem possibilidade de vida digna, que ocorre por intervenção de terceiro, aliviando um sofrimento insuportável. “O termo eutanásia foi criado no século XVII, pelo filósofo inglês Francis Bacon e deriva do grego eu (boa), thanatos (morte), podendo ser traduzido como “boa morte”, morte benéfica, piedosa ou simplesmente direito de matar¹².

Já a distanásia é um termo pouco conhecido, porém, muitas vezes, praticada no campo da saúde. É conceituada como uma morte difícil ou penosa, usada para indicar o prolongamento do processo de morte, por meio de tratamento que apenas prolonga a vida biológica do paciente, sem nenhuma qualidade de vida e sem dignidade¹⁸.

A dimensão da finitude humana não pode ser vista como patologia a ser curada, reconhecer e respeitar limites é imperativo ético e quando esquecemos isso, acabamos caindo na absolutização da vida biológica pura e simplesmente, ocorrendo assim a obstinação terapêutica (distanásia) tentando adiar o inevitável⁸.

Por tanto respondendo a indagação provocativa de número II do início do estudo, a ética é primordial e elemento imperativo no poder da decisão de cada indivíduo sobre sua finitude

que deve ser levado em conta uma cadeia de circunstâncias para se chegar a um denominador comum à sua morte.

Pesquisa realizada por Maingué, et al. Aponta que em circunstâncias de prognóstico desfavorável, os profissionais mantinham os cuidados de proteger a dignidade e garantir a qualidade de vida, entretanto há uma certa tendência de obstinação terapêutica para cumprir o dever profissional, levando assim o prolongamento do tratamento do indivíduo²⁰.

E aqui respondendo à questão provocativa de número III feita no início desse trabalho. A obstinação pela cura do incurável é sarcasmos e inescrupulosamente doloroso para o indivíduo que está vivenciando o processo de morte, mas também para sua família que de uma certa forma acaba “morrendo” junto com seu ente querido.

O prolongamento da vida do paciente envolve situações muito complexas, mas o limite para investir deve ser definido pela concepção de morte digna, aliada à plena consciência da limitação das intervenções. Entretanto é vedado ao profissional de enfermagem promover ou praticar a eutanásia como afirma o código de deontologia dos profissionais da enfermagem como podemos observar em seu Art. 29 - Promover a eutanásia ou participar em prática destinada a antecipar a morte do cliente.

E quem pratica a eutanásia deve ter a pena submetida ao art. 121 do Código Penal Brasileiro, que pode ser compreendida como homicídio tipificado. Um Projeto de Lei do Senado nº 236, de 2012. Discute sobre a Reforma do Código Penal Brasileiro - PLS 236/2012 (art. 374-RISF). Veja abaixo o que diz esse Projeto:

Eutanásia: “Art. 122. Matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável em razão de doença grave: Pena- prisão, de dois a quatro anos. § o juiz deixará de aplicar a pena avaliando as circunstâncias do caso, bem como a relação de parentesco ou estreitos laços de afeição do agente com a vítima.

Exclusão de ilicitude: §2º Não há crime quando o agente deixa de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em casos de doença grave incurável, e desde que essa circunstância esteja previamente atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão”²¹

A escolha de determinado procedimento está relacionada ao valor subjacente. Para alguns profissionais da saúde só há tratamento quando se faz algo efetivamente e, numa época tão plena de novas tecnologias, estas são usadas como tentação a de que se está fazendo de fato

alguma coisa, aliviando-se a consciência. Com o avanço biotecnológico, corre-se o risco de perder o bom senso diante de um paciente com um quadro irreversível e, em vez de se proporcionar a vida, prolonga-se o processo de morrer²

Como é sabido a eutanásia se fez presente no curso da história, podemos observar nas primeiras comunidades humanas percebem-se conceituações seletivas mais utilitaristas, em que a ausência da medicina e a necessidade de labuta constante para sobrevivência, diante do caráter fundamental do direito à vida e preservação desta nos casos de solicitação da prática eutanásica opõem-se não apenas a liberdade de escolha do paciente e/ou seus representantes legais, mas também a integridade física daquele que não mais suporta intervenções curativas em seu corpo.

Saber o que deve ser realizado para o paciente é um dilema ético de difícil decisão, impacta em todo o processo de morte, assim, é imprescindível a discussão sobre o impasse entre métodos artificiais para prolongar a vida e a atitude de deixar a doença seguir sua história natural, com destaque para a eutanásia, a mistanásia a distanásia e a ortotanásia. Existem terminologias diferentes ao se tratar do processo de morte e morrer, podemos observar suas vertentes apresentada no quadro abaixo.

Quadro 2 - A morte e suas vertentes: termos e significados.

Termo	Significado
Eutanásia	É o ato de abreviar a vida de uma pessoa e tem como princípio, acabar com o sofrimento da pessoa, que possui uma doença grave e incurável, quando não existem mais tratamentos que possam ser realizados para melhorar o quadro clínico dessa da pessoa.
Mistanásia	É considerada uma morte infeliz/ "morte miserável" e fora do lapso temporal, ou seja, morte social, seja por negligência, incompetência ou por omissão de atendimento ou violação aos direitos do indivíduo. Ou seja: essa morte poderia ter sido evitada. E podemos citar várias camadas como por exemplo: morrer de fome, situação de extremo frio, de abandono nos hospitais a mercê da própria sorte.
Ortotanásia	É a morte natural, sem que sejam realizados tratamentos invasivos ou artificiais para manter a pessoa viva e prolongar a morte. É praticada por meio dos cuidados paliativos, que é uma abordagem que procura manter a qualidade de vida do paciente, e da sua família, em casos de doenças graves e incuráveis.
Distanásia	É o prolongamento desnecessário da vida por meio do uso de equipamentos e medicamentos que pode trazer sofrimento para a pessoa, por promove o prolongamento da dor e do sofrimento, a distanásia é considerada uma má prática médica, pois, não traz melhora da qualidade de vida para a pessoa, tornando a morte mais lenta e dolorosa.

Fonte: elaborada pelo autor, 2025.

O direito de morrer dignamente aglutina a luta por diversos direitos, como a dignidade, a liberdade, a autonomia, a consciência, e está referido ao anseio de se ter uma morte humana, sem a angústia e a agonia do prolongamento de um tratamento inútil. O simples registro no prontuário do paciente, feito pelo médico que o assiste, deve ser considerado para efeitos legais, sem a obrigatoriedade da exigência de um documento escrito e registrado em cartório para que tenham validade as manifestações do paciente¹⁹:

‘As questões éticas são inúmeras e complexas: decisões terapêuticas de investir ou não no tratamento do paciente; definição de estado de reversibilidade ou não; administração de nutrição e hidratação; comunicação de más notícias; participação dos familiares no processo de decisões do paciente; interação profissional da equipe de cuidados que atua na UTI com o paciente e familiares (humanização); decisões judiciais para admissão de pacientes em UTI, entre tantas outras’⁸

Holanda: foi o primeiro país a legalizar a eutanásia, em 2002. A lei intitulada *The Termination of Life on Request and Assisted Suicide* foi precedida de um longo debate social e jurídico no país.

Bélgica: foi o segundo país a legalizar esse instituto, em setembro de 2002, por meio de lei intitulada *Law on Euthanasia*. O processo sociocultural nesse país foi diferente do anterior, tendo início no Poder Legislativo que, entre 1980 e 1990, tentou, sem sucesso, descriminalizar a prática, mas, em 1996, os presidentes do Senado e da Câmara provocaram o reconhecimento da prática pelo Comitê de Bioética Belga, e em 2002 chegando a conclusão da lei⁶.

Canadá: em 2015, a Suprema Corte canadense determinou que o Poder Legislativo regulamentasse o direito à eutanásia e ao suicídio assistido, reconhecendo a autonomia do moribundo. A primeira província canadense a legislar sobre o tema foi Quebec, em janeiro de 2016, e uma lei federal sobre morte medicamente assistida foi aprovada em junho de 2016.

Luxemburgo: legalizou a eutanásia em 2009, Colômbia: foi o primeiro país fora de Europa a tratar a eutanásia como ato lícito, em 1997, embora não haja uma lei específica na Colômbia, contudo, em 2015, a corte constitucional ordenou que o Ministério da Saúde estabelecesse um protocolo de acesso à eutanásia²².

Respondendo a indagação IV do início estudo, o Brasil é um país laico em sua diversidade, onde cada indivíduo é livre para exercer a sua crença/ fé e religião de acordo com a Constituição Federal de 1988. O Art. 5º à luz do inciso VIII, da Constituição Federal prevê que ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa. Entretanto é preciso pulverizar o debate sobre certos assuntos espinhosos em relação o direito de exercer o seu

próprio direito, ou seja: não é razoável obrigar o outro ou a outra a aceitar sua condição de sofrimento vegetativo a qual o indivíduo se encontra no momento apenas para satisfazer o achismo ou ego de uma sociedade ultraconservadora nos aspectos arcaicos.

Respondendo à questão número V do estudo: é de bom tom promover um debate mais acurado e consciente de todo o corpo científico, bem como de toda sociedade comum toda para melhor elucidar a questão levantada. Já a questão de número VII: Não, não é possível no Brasil mesmo que o indivíduo seja imputado legalmente, ele não pode decidir viver sua própria morte muito menos decidir como deverá ser sua morte se ele não está vivenciando o processo de morte e morrer, ou seja: em cuidados paliativos, pois se assim o fizesse seria considerado eutanásia ativa ou passiva (homicídio ou suicídio) e a eutanásia é crime no Brasil.

Literatura internacional apontam que o direito à privacidade em questões médicas foi bem estabelecido por decisões mais recentes da Suprema Corte dos Estados Unidos, inerente a esse direito de privacidade está o direito de controlar o próprio corpo, tanto na saúde quanto na morte iminente.

Pesquisas apontam a possibilidade de que se dignifique o momento da morte, pela vontade do paciente terminal, para que ela (a morte), ocorra respeitando os seus valores e de acordo com a concepção de morte com dignidade é defendida pelo próprio doente, a despeito da opinião ou da censura de outras pessoas, da comunidade, da sociedade, ou do Estado, uma vez que o indivíduo em questão, e somente ele, pode determinar o que é digno para si e o que respeita as suas convicções.

Conclusão

Diante do exposto, e em resposta das reflexões ética da autonomia do indivíduo viver sua própria morte, na tomada de decisão pela ortotanásia é ato médico, prevista na Constituição, e que os profissionais de Enfermagem, como membros da equipe de saúde devem participar das discussões sobre os limites para intervenção no processo inevitável de morte respeitando a decisão do paciente ou de seus familiares. Como é sabido a enfermagem é a protagonista nos cuidados assistências das pessoas em todo seu ciclo de vida inclusive em sua finitude e pós finitude, garantindo assim o respeito e dignidade da pessoa humana.

A defesa da vida é um direito constitucional prevista em Lei, e o indivíduo deve exercê-la de forma digna, individual e plena, por tanto se o indivíduo imputado está em suas faculdades

mentais preservadas, convicto de sua decisão, ele deveria ter autonomia no poder de decidir se quer viver ou o morrer, o estado não deveria obrigar o ser humano a viver, quando isso não mais lhe convém, entretanto há ressalvas a esse respeito, a vida não é regida apenas de direitos, mas existem deveres a serem cumpridos. E como foi explanado, de acordo com as leis brasileiras a eutanásia continua sendo crime no Brasil.

Evidenciou-se que com o desenvolvimento da sociedade é possível observar que a preservação da vida unicamente levando-se em consideração apenas e exclusivamente os critérios biológicos, negligenciando-se a qualidade a ser proporcionada ao indivíduo, não pode mais ser cegamente considerada atualmente é preciso abrir espaços para a promoção do debate e amadurecimento de inovações que possam corroborar os anseios e as demandas da atualidade.

Acredita-se que os apontamentos descritos aqui possam contribuir em alguma maneira para o cerne do debate, haja visto que é uma temática relevante e contemporânea, embora traga muitas discussões controversa devido a muitas razões de cunho moral, social, político e religioso é preciso se debruçar sobre esse tema e realizar um debate mais amplo junto não só com a comunidade acadêmica, mas com a sociedade comum toda.

Referências

- 1 Barbosa, G. S. D. S., & Losurdo, F. (2018). Eutanásia no Brasil: entre o Código Penal e a dignidade da pessoa humana. *Revista de investigações constitucionais*, 5(2), 165-186.
- 2 Kovács, M. J. (2003). Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*, 14, 115-167.
- 3 Favari, A. M. (2014). Análise teórica da terminologia sobre eutanásia e seu enquadramento jurídico theoretical analysis of the terminology about euthanasia and its legal framework. *Rev SORBI*, 2(2), 23-34.
- 4 Brasil, Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2017. [citado 2019 Jul 10]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>
- 5 Westphal, G. A., Veiga, V. C., & Franke, C. A. (2019). Determinação da morte encefálica no Brasil. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 31, 403-409.
- 6 Dadalto, L. (2019). Morte digna para quem? O direito fundamental de escolha do próprio fim. *Pensar Revista de Ciências Jurídicas*, 24(3), 1-11.
- 7 Braga, F. C., & Queiroz, E. (2013). Cuidados Paliativos: o desafio das equipes de saúde. *Psicologia USP*, 24(3), 413-42
- 8 Pessini, L. (2016). Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. *Revista Bioética*, 24, 54-63.
- 9 Paiva, F. C. L. D., Almeida Júnior, J. J. D., & Damásio, A. C. (2014). Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Revista bioética*, 22, 550-560.

- 10 Carvalho, A. P. D. (2012). Direito de morrer de forma digna: autonomia da vontade. *Orbis Rev Cient [Internet]*, 2(1), 15-29.
- 11 de Freitas, R. S., & Zilio, D. (2016). A autonomia decisória na defesa pelo direito de morrer com dignidade. *Conpedi Law Review*, 2(4), 1-17.
- 12 Brasil, Conselho Regional de Enfermagem. PARECER COREN-SP 066/2013 – CT PRCI nº 102.630 Tickets nº 283.816 Ementa: Participação do profissional Enfermeiro na ortotanásia. 2013. Disponível em: ([Microsoft Word - Parecer 066 Ortotan\341sia- aprovado](#))
- 13 Borges, M. D. S., & Mendes, N. (2012). Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65, 324-331.
- 14 MACIEL, M. G. S. et al. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006
- 15 Ribeiro, D. C. (2006). Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 1749-1754.
- 16 Carvalho, J. S., & Martins, A. M. (2015). A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do Psicólogo. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 18(2), 129-142.
- 17 Brito, P. C. C., Sobreiro, I. M., Atzingen, D. A. N. C. V., Silva, J. V. D., & Mendonça, A. R. D. A. (2020). Reflexões sobre a Terminalidade da Vida com Acadêmicos de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44, e033.
- 18 Felix, Z. C., Costa, S. F. G. D., Alves, A. M. P. D. M., Andrade, C. G. D., Duarte, M. C. S., & Brito, F. M. D. (2013). Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Ciência & saúde coletiva*, 18, 2733-2746.
- 19 Bussinguer, E. C. D. A., & Barcellos, I. A. (2013). O direito de viver a própria morte e sua constitucionalidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2691-2698.
- 20 Maingué, P. C. P. M., Sganzerla, A., Guirro, Ú. B. D. P., & Perini, C. C. (2020). Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. *Revista Bioética*, 28, 135-146.
- 21 de Souza Pereira, R., Júnior, E. F. P., da Silva Pires, A., Jomar, R. T., Gallasch, C. H., & Gomes, H. F. (2021). Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre cuidados paliativos em unidades de internação clínica. *Enfermagem em Foco*, 12(3).
- 22 Bellato, R., Araújo, A. P. D., Ferreira, H. F., & Rodrigues, P. F. (2007). A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. *Acta paulista de Enfermagem*, 20, 255-263.
- 23 Siqueira, S. F., Andrade Ferreira, T. H., & Melo Andrade, D. C. (2020). MISTANÁSIA OU EUTANÁSIA SOCIAL: A MORTA INFELIZ NO SUS E A VIOLAÇÃO DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. *Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais - UNIT - SERGIPE*, 6(2), 99. Recuperado de <https://periodicos.grupotiradentes.com/cadernohumanas/article/view/8541>
- 24 GUIMARÃES, C. S., de SOUZA, C. I., SANTOS, J. S., GODOY, M. C. S., de SOUZA, J. H. K., & KALIL, I. V. (2023). Mistanásia, ortotanásia, distanásia e eutanásia no Brasil. *Revista Saúde Dos Vales*, 2(1).
- 25 Nascimento, L. F. D., Arilo, L. D. M. C., Silva, L. M. D. O., & Oliveira, M. A. M. D. (2022). Compreensão da morte e do morrer: um estudo com residentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, e233879.

26 Sarney, J. (2012). Projeto de Lei do Senado nº 236 de 2012. *Institui novo código penal. Recuperado de: <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>*. Ou StampIt - A Stamping Utility for PDF Documents

Recebido: 13/04/2025; Aceito 11/10/2025; Publicado em: 31/10/2025.