

/artigos

Distância no contexto biotecnológico: uma análise dos princípios bioéticos no prolongamento da vida em pacientes terminais

Rafael Mitzakoff

Universidade Católica do Paraná
<https://orcid.org/0009-0000-1139-8075>
rafael.mitzakoff@gmail.com

Matheus Almeida Ribeiro Giordano

Universidade Católica do Paraná
<https://orcid.org/0009-0004-1523-6259>
matheusrgiordano@gmail.com

Stefany Fernandes de Campos

Universidade Católica do Paraná
<https://orcid.org/0009-0004-2633-564X>
stefanyfernandesdecampos1@gmail.com

RESUMO: O presente artigo discute a questão da distância a partir de uma reflexão bioética, explorando seus impactos médicos, éticos e filosóficos. A distância refere-se à prática médica de prolongamento artificial da vida em pacientes terminais, estendendo o processo de morrer, por vezes sem benefícios reais para a qualidade de vida. No contexto biotecnológico, essa prática suscita questões bioéticas, tais como reflexão existencial sobre a relação entre vida e morte, sobre a dignidade humana, sobre a autonomia do paciente e sobre os limites da intervenção médica, relacionam-se com fenômenos culturais distintos da sociedade contemporânea, como a negação da morte. Além disso, argumenta-se que a distância pode representar uma violação de princípios bioéticos, como a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça, ressaltando a necessidade de uma abordagem humanizada no cuidado ao paciente terminal.

Palavras-chave: Futilidade médica; Ética; Fim de vida; Cuidados paliativos.

ABSTRACT: This article discusses the issue of dysthanasia through a bioethical reflection, exploring its medical, philosophical, and cultural

impacts. Dysthanasia refers to the medical practice of artificially prolonging life in terminally ill patients, extending the dying process without any real benefit to quality of life. In the biotechnological context, this practice raises fundamental bioethical issues, such as the relationship between life and death, dignity, patient autonomy, and the limits of medical intervention, relating to distinct cultural phenomena in contemporary society, such as the denial of death. Additionally, it is argued that dysthanasia may represent a violation of bioethical principles such as autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice, underscoring the need for a more humanized approach in end-of-life care.

Keywords: Medical futility; Ethics; End of life; Palliative care.

Introdução

O tema investigado pelo presente artigo será a distanásia no contexto das aplicações médicas da biotecnologia. A distanásia refere-se à prática médica de prolongar a vida de um paciente terminal, com o intuito de salvá-lo, mas que produz um adiamento no processo de morrer e pode submeter a pessoa a um maior sofrimento (Pessini, 2009). Ela é caracterizada por um processo de morrer penoso e por um prolongamento da vida biológica, marcado pela ausência da dignidade e da qualidade de vida (Felix *et al.*, 2013), também sendo reconhecida na literatura como futilidade médica ou obstinação terapêutica (Pessini, 2009).

A distanásia é oposta àquilo que concebemos como uma “boa morte”, um tema frequentemente associado à ortotanásia, na qual os avanços biotecnológicos aplicados à área médica são empregados de modo a aprimorar a qualidade de vida restante sem intervenções excessivas (Chemin; Souza, 2018). Embora a distanásia seja menos reconhecida em comparação com a ortotanásia e com o termo mais difundido da eutanásia, ela é a prática mais comum dentre esses conceitos no campo da saúde (Felix *et al.*, 2013).

O dilema que se apresenta nessas situações é de natureza bioética: estamos prolongando a vida ou apenas estendendo o processo do morrer (Chemin; Souza, 2018; Pessini, 2009)? Para entender a extensão real da questão, é preciso compreender o fenômeno em todas as suas dimensões médica, psicológica,

antropológica, ética, teológica, dentre outros (D'Assumpção, 2010). É preciso ponderar a respeito da nossa relação não apenas com o fim da vida, mas também com a nossa concepção sobre o que é viver.

Diante dessa problemática, esta pesquisa exploratória visa responder a seguinte pergunta: Em que medida o prolongamento da vida possibilitado pelos avanços biotecnológicos está alinhado aos princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça? Para responder esta questão, será empregada a metodologia da revisão bibliográfica narrativa, permitindo uma análise aprofundada deste fenômeno multidimensional que é a distanásia.

Avanços Tecnológicos e a Definição de Morte

A questão existencial sobre o significado cultural e social do final da vida sempre instigou o ser humano, mas com o avanço da técnica e do conhecimento biomédico, essa questão tornou-se uma de ordem epistemológica, pois se trata de determinar tanto o momento em que ela ocorre, quanto as suas causas (Maguire, 2019).

Antes da década de 1950, a morte era definida como o cessar da função cardiorrespiratória (Spears; Mian; Greer, 2022). Contudo, com o advento das técnicas hospitalares, o critério adotado atualmente é o da morte encefálica (Maguire, 2019). Essa concepção é derivada do monitoramento clínico de pacientes com lesões cerebrais críticas, que se encontravam em um estado irreversível de coma/inconsciência, sendo dependentes da ventilação mecânica para sobreviver (Verheijde; Rady; Potts, 2018). A definição de morte encefálica foi estabelecida pela comissão da Harvard Medical School, em 1968, um critério utilizado até os dias de hoje (Chemin; Souza, 2018). No Brasil, a morte encefálica é definida pela resolução 2.173 de novembro de 2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM) da seguinte maneira:

Considerando que a perda completa e irreversível das funções encefálicas, definida pela cessação das atividades corticais e do tronco encefálico, caracteriza a morte encefálica e, portanto, a morte da pessoa (CFM, 2017).

Entretanto, mesmo com a cessação da atividade do tronco encefálico, o paciente aparenta estar vivo, devido à persistência do metabolismo: ele continua a respirar por meio da ajuda de um aparelho, sua pele é quente ao toque, e algumas funções biológicas permanecem operando como se a pessoa estivesse viva de fato (Maguire, 2019). Além disso, a neurociência demonstrou que é possível acreditar que a consciência possa se recuperar após um diagnóstico de morte encefálica, reavivando o debate acerca da alteração da definição de morte encefálica de algo “irreversível” para algo “permanente”, isto é, aquele órgão não voltará a funcionar espontaneamente, mas pode ser restaurado através da assistência médica (Verheijde; Rady; Potts, 2018). Logo, é extremamente difícil delimitar a tênue linha que separa a obstinação terapêutica da possibilidade da cura (D’Assumpção, 2010). Tudo isso torna o diagnóstico final da vida com o advento da morte um tema extremamente complicado e controverso, abrindo caminho para a possível ocorrência da distanásia.

Ética, Vida e Morte em uma Sociedade Tecnológica

Embora a morte se configure como um tema central para a humanidade ao longo da história, nossa cultura ocidental, em particular, possui uma relação problemática com a finitude (Feifel, 1959). A morte é negada, ocultada, vista como um fracasso ou fazendo com que o tema permaneça considerado um tabu (Kovács, 1992). Considerando a historicidade do tema, Philippe Ariès (1981) denominou a negação da morte de morte invertida. Pois, ao invés de ser vista como uma parte da vida, a morte passa a ser percebida como uma falha biológica, o que permite pensar que é possível tratá-la ou, pelo menos, adiá-la (Da Silva *et al.*, 2018). O que procede a negação da morte é a despersonalização da ciência médica como uma profissão que busca antes estender ao máximo a vida do que atender e cuidar do sofrimento humano (Kübler-Ross, 2017). Segundo Felix *et al.*, (2013), a incapacidade de muitos profissionais da saúde de enxergarem a morte como algo natural é uma das principais causas por detrás da distanásia. Os médicos são formados para salvar vidas, e poucos

são preparados para lidar com a finitude da vida (D'Assumpção, 2010). Portanto, a distanásia permanece como um problema ético fundamental, pois as tecnologias passaram a intervir cada vez mais nas fases finais da vida humana (Pessini, 2009).

O filósofo alemão Hans Jonas foi um dos expoentes no estudo dos impactos bioéticos da técnica moderna, considerando questões éticas que emergem a partir do desenvolvimento da tecnologia. Jonas destaca o aspecto ambivalente da técnica moderna. Se, por um lado, há uma face positiva na dominação da natureza pelo homem, por outro lado, indissociavelmente, pelo tamanho de sua proporção, a humanidade torna-se incapaz de controlar sua própria intervenção (Moreira, 2022). Antes, a tecnologia ocupava-se da investigação da matéria e da natureza, enquanto o homem era o sujeito, mas agora o próprio homem é objeto e sujeito da intervenção técnica (Jonas, 1994). Assim, a tecnologia torna-se uma ameaça tanto para a natureza quanto para a própria existência humana (Moreira, 2022). Essa nova realidade coloca em questão uma série de pressupostos de modelos éticos anteriores, que nunca precisaram ponderar possíveis escolhas para características que eram consideradas intrínsecas à constituição humana (Jonas, 1994). Jonas (1994), inclusive, cita o prolongamento da vida como um dos tópicos destas novas discussões, que têm como efeito transformar a morte em uma falha biológica, um fenômeno que pode ser evitado, ou, ao mínimo, adiável, e não mais um evento que constitui parte inerente da existência humana. Portanto, assim como o homem tenta dominar os processos vitais, ele também tenta controlar a morte (Chemin; Souza, 2018).

Bioética Principlista, Distanásia e suas Implicações

A bioética surge no contexto pós Segunda Guerra Mundial, e seus fundamentos são lançados com a identificação de alguns princípios essenciais que visavam proteger os participantes de pesquisas científicas, a exemplo do Relatório de Belmont (Pires; Trindade, 2007). Estes princípios compõem a vertente da bioética que conhecemos como principlista, incluindo os conceitos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (Júnior, 2023). Esta proposta principlista

surge diante das limitações de operacionalizar a Ética tradicional e utilizá-la para abordar os novos desafios distintos de uma sociedade tecnológica, devido à dificuldade de uma única teoria moral ser capaz de abarcar a multiplicidade de questões que caracterizam a modernidade (Solange, 2011). Assim, o passo revolucionário deu-se quando esta teoria foi transposta para o âmbito clínico, formulando diretrizes práticas para a tomada de decisão e permeando a atuação cotidiana de diversos profissionais na área da saúde (Pires; Trindade, 2007; Solange, 2011).

Para compreender como estes princípios estão implicados na fase final da vida e qual sua relação com a distanásia, é necessário antes conceituá-los. A autonomia refere-se ao direito de a pessoa de se autogovernar e de exercer sua liberdade de ação, participando ativamente dos cuidados e das decisões tomadas com relação à sua vida e a si mesma (Júnior, 2023; Kovács, 2003). A beneficência é um constructo de origem hipocrática e uma das bases para o compromisso com o bem-estar firmada pela medicina, implicando literalmente na tarefa de o profissional fazer o bem e agir de forma benevolente conforme o melhor interesse do paciente (Chaves *et al.*, 2011; Da Motta; De Paulo, 2020). Já a não-maleficência significa que, acima de tudo, deve-se evitar causar qualquer tipo de dano ou risco à vida, prevenindo e removendo situações potencialmente prejudiciais e não fazer o mal em qualquer circunstância (Chaves *et al.*, 2011; Júnior, 2023). Por fim, o princípio da justiça envolve a equidade, o bem-estar coletivo e a igualdade social, referindo-se a um tratamento igual e justo a todos, considerando as questões apropriadas aos cidadãos e uma distribuição coerente de recursos e benefícios (Da Motta; De Paulo, 2020; Júnior, 2023; Kovács, 2003).

Como podemos visualizar o entrelaçamento da bioética principialista com a prática da distanásia? A principal reflexão ética que nos cabe diante desta situação é se os direitos do paciente, pautados nos princípios bioéticos, são preservados através da tentativa de salvar-lhe a vida, ou se são violados por estender o sofrimento do sujeito em um cenário sem esperança de melhora (Da Costa, 2016), e às vezes até

mesmo contra a sua vontade expressa (De Medeiros *et al.*, 2020). Logo, já é possível compreender como há uma profunda implicação dos princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça sobre o fenômeno da distanásia.

Discussão

A questão bioética que se coloca nesse tópico é a mais fundamental: o que é viver e o que é morrer? Uma vida sem qualidade alguma, considerada mera perpetuação de sofrimento, é uma vida que vale a pena ser prolongada? É realmente a vida que estamos prolongando neste processo, ou apenas uma espécie de sobrevivência? Até que ponto está validada a intervenção tecnológica sobre o ser humano além da sua própria autonomia e às custas de sua beneficência, não-maleficência e justiça?

Diante da incapacidade de a neurociência providenciar critérios absolutos para a determinação da morte encefálica, a definição de morte torna-se algo de caráter mais arbitrário e menos objetivo, escapando do domínio das ciências biológicas empíricas e adentrando no âmbito da filosofia (Verheijde; Rady; Potts, 2018). Contudo, as concepções filosóficas sempre se colocaram por detrás de qualquer definição do que é vida ou morte. Segundo Maguire (2019), não é o perecimento do corpo físico em si que está mais relacionado com a morte, mas sim a perda de aspectos psicológicos, sociais e espirituais que faz de nós humanos e que nos torna quem somos. Entretanto, a distanásia não considera essa multidimensionalidade do paciente, reduzindo-o ao seu aspecto biológico e, conseqüentemente, desumanizando-o ao negar também a mortalidade humana (Kovács, 2003). Assim, parte do que viabiliza a distanásia é uma tendência a desumanizar o paciente, vendo-o não como uma pessoa, mas como um alvo dos procedimentos técnicos. Trata-se, por vezes, de uma preocupação maior na doença do que na pessoa doente (Pessini, 2009), e em uma obsessão maior pela “cura da morte” do que pela saúde do paciente (Kovács, 2003).

Esta negação da morte é uma característica distintiva da cultura ocidental moderna (D'Assumpção, 2010; Feifel, 1959; Kovács, 1992; Kübler-Ross, 2017). De acordo com Da Silva *et al.* (2018), a busca por métodos biotecnocientíficos que prolongam a vida e a criação de um mercado econômico cada vez mais atrelado à tecnologia evidenciam esta insegurança e a intensificação do medo da morte em nossa sociedade. Na área da saúde, isto se reflete na vigência do paradigma do curar, que se configura como uma idolatria da vida, enxergando a morte como uma falha e caindo, facilmente, no apelo de usar o poder tecnológico da medicina para prolongar a vida (Pessini, 2009). Dessa forma, o prolongamento da vida por meio destes recursos com frequência reflete uma atitude cultural de rejeição da morte, que pode interferir nas questões de autonomia, beneficência e não-maleficência do paciente.

No que tange ao princípio da autonomia, a distanásia oferece um risco potencial muito alto. Ainda é bastante comum posturas paternalistas no âmbito da medicina, nas quais os profissionais impedem o paciente de participar ativamente das decisões sobre seu cuidado no final da vida (De Medeiros *et al.*, 2020). Este modelo estabelece relações assimétricas entre a equipe de saúde, que detém todo o conhecimento técnico e o poder de decisão, e o paciente, que se submete ao que foi decidido, contrariando completamente o conceito de autonomia (Kovács, 2003). Contudo, os pacientes possuem o direito de participar da tomada de decisões e o direito de recusar procedimentos médicos (Albuquerque; Neto, 2022). Neste caso, deve-se também discutir a questão do “direito de morrer” cunhado por Hans Jonas, que aparece quando o ato de morrer ou não adentra na esfera da nossa escolha ou é determinado por outro ser humano (Da Costa, 2016), enquadrando-se dentro da dimensão da autonomia. Assim, verificam-se situações em que a distanásia pode entrar em conflito direto com a manutenção e a existência do princípio bioético da autonomia.

Dessa forma, o respeito à autonomia do paciente significa, justamente, conferir a chance dele se perceber dignamente diante da morte (Chemin; Souza,

2018). Ademais, a perda da autonomia e a sensação de dependência configurou-se como um dos principais sofrimentos de pacientes próximos da morte (Hoffmann; Santos; Carvalho, 2021). O princípio da autonomia é, portanto, um recurso que combate a postura paternalista estampada nos cuidados em saúde (Kovács, 2003). Outra ferramenta bastante útil na manutenção adequada destes direitos dos pacientes são as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs), instruções legais registradas pela pessoa que determinam a qual tipo de tratamento ela deseja ou não ser submetida caso esteja incapaz de expressar essas vontades quando chegar ao final da vida (Borges; Lima, 2024). Tudo isso demonstra a importância ética de manter a autonomia e dignidade do paciente, sem submetê-lo a sofrimentos desnecessários, especialmente sem seu consentimento.

Já o princípio da beneficência possui nuances mais complicadas com relação à distanásia. A beneficência pode ser a razão por detrás da distanásia ou para justificar a violação de demais princípios bioéticos (Pinho-Reis, 2019), afinal, a equipe apenas está fazendo aquilo que acredita ser melhor para o paciente ao tentar a todo custo salvar-lhe a vida (Kovács, 2003). Em função desta justificativa, os princípios da beneficência e da autonomia frequentemente entram em conflito na prática clínica, onde a equipe pode endossar determinado procedimento, enquanto o paciente não o deseja (De Medeiros *et al.*, 2020). Aqui novamente deve-se salientar a importância da comunicação nestes contextos para o restabelecimento da humanização do cuidado, fazendo com que o enfermo se sinta e se reconheça como uma pessoa, e não como objeto das intervenções médicas (Bubniak; Esperandio, 2018).

Outro detalhe relevante é que, embora os conceitos de ortotanásia e distanásia sejam conhecidos pela equipe, ainda é comum que o tratamento se prolongue pelo fato de a morte ser concebida como um fracasso profissional, o que renega a beneficência do paciente ao segundo plano (De Medeiros *et al.*, 2020). Logo, a distanásia é uma prática que pode muitas vezes violar a beneficência e a não-maleficência do paciente, visto que o prolongamento da vida pode lhe causar danos ou configurar-se como um ato desumano (Pinho-Reis, 2019). Especificamente a

não-maleficência é um princípio bastante implicado no contexto da distanásia, onde surge o conflito sobre continuar ou não investindo naquele suporte tecnológico, considerando-se o sofrimento dos indivíduos envolvidos (Da Motta; De Paulo, 2020), que incluem não apenas o paciente, mas toda a malha de relações sociais nas quais ele está incluído.

Toda a questão de desligar ou não os equipamentos que mantêm o paciente vivo relaciona-se com uma outra faceta deste dilema, que dialoga com a temática da eutanásia e do suicídio assistido. Segundo Kovács (2003), a conduta de desligar equipamentos não pode ser considerada como ilícita se serve o princípio da não-maleficência do paciente. Por outro lado, o Conselho Federal de Medicina estabelece claramente que os médicos não devem abreviar a vida dos pacientes, mesmo a pedido, embora devam evitar prolongar a vida desnecessariamente em casos terminais (CFM, 2012). Todo esse cenário ilustra a delicadeza das implicações éticas envolvidas com este tema, e demanda definições especificamente claras sobre o que constitui conceitos como abreviação e prolongamento da vida.

Por fim, há ainda algumas implicações que envolvem a distanásia e a dimensão da justiça. A presença de um grande sofrimento e a noção de uma morte digna faz com que se argumente que o alívio deste sofrimento é uma questão que tange o princípio da justiça (Kovács, 2003). Entretanto, a justiça é discutida principalmente em contextos em que ainda se verifica uma questão de desigualdade de tratamento, na qual muitos pacientes estão excluídos de um sistema de atendimento adequado (Chaves *et al.*, 2011), e assim é um princípio que não se encontra no centro das discussões a respeito da distanásia.

D'Assumpção (2010) discute a importância de reconhecer a morte como um evento natural e inevitável, que deve ser enfrentado com dignidade. A prática da distanásia, ao prolongar artificialmente a vida de pacientes terminais, pode ser vista como uma negação da morte e uma falha em reconhecer a sua inevitabilidade. Essa perspectiva sugere a necessidade de uma abordagem mais humanizada e

culturalmente sensível ao cuidado de pacientes terminais. Como argumentado por Viktor Frankl:

[...] é essa conversão para o humano, esse afastamento da atitude científica, puramente objetiva, em direção a uma atitude humana e propriamente médica, que é essa humanidade no médico que descobre, afinal, o humano no doente [...] e, além disso, desperta o humano no doente (Frankl, 2022, p. 81).

Portanto, é visível que os princípios bioéticos da autonomia, beneficência e não-maleficência configuram-se como conceitos cruciais no debate acerca da distanásia, frequentemente sendo transgredidos em sua prática. Verifica-se, então, que o prolongamento da vida que não se encontra em conformidade com estes princípios não pode estar alinhado com uma postura adequadamente bioética, considerando a perspectiva principialista.

Considerações Finais

A prática da distanásia no contexto biotecnológico levanta questões éticas, médicas e culturais complexas. A capacidade de prolongar a vida através de tecnologias avançadas deve ser ponderada cuidadosamente de acordo com diferentes princípios bioéticos, como os de autonomia, beneficência e não-maleficência. É necessário que as ciências da saúde moderna reflitam sobre a necessidade de prolongar a vida do corpo biológico, quando boa parte daquilo que tornava a pessoa ela mesma já foi perdido. É uma questão de pensar de forma humanizada, para que se possa tratar os pacientes como humanos, ao invés de enxergá-los como doenças, mantendo, assim, uma atitude bioética diante das questões técnicas que emergem a partir da técnica moderna.

* * *

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline; NETO, Julino A. R. S. Organizações de Pacientes e seu Papel na Implementação de Direitos nos Cuidados em Saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 11, n. 1, p. 144-162, 2022. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/811/883>

ARIÈS, Philippe. **O Homem diante da Morte**. 1. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981. v. 2. 670 p.

BORGES, Lizandra S.; LIMA, Maria J. V. Diretivas antecipadas de vontade e cuidados paliativos: percepção brasileira. **Revista Bioética**, v. 32, e3636PT, p. 1-10, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/5wd8KWDZkNgGn46cmqcFMSp/?format=pdf&lang=pt>

BUBNIAK, Darci; ESPERANDIO, Mary Rute G. Humanização no Enfrentamento da Finitude: o Lugar da Comunicação em Situações de Morte Iminente. In: CORRADI-PERINI, Carla; ESPERANDIO, Mary Rute G.; SOUZA, Waldir. **BIOHCS: Bioética e Tanatologia**. 1. ed. Curitiba: Editora Prisma, 2018. 151 p.

CHAVES, José H. B. *et al.* Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Revista Dor**, v. 12, n. 3, p. 250-255, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/dJb7GGqhQVbVtkFqFJ8PXTw/>

CHEMIN, Marcia R. C.; SOUZA, Waldir. A Dignidade na Morte sob a Perspectiva das Diretivas Antecipadas de Vontade. In: CORRADI-PERINI, Carla; PESSINI, Leo; SOUZA, Waldir. **Bioética, humanização e fim de vida: novos olhares**. Curitiba: Editora CRV, 2018. 176 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2017. [citado 2024 maio 24]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM n.º 1995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2012. [citado 2024 maio 24]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>

D'ASSUMPCÃO, Evaldo A. **Sobre o Viver e o Morrer: Manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e os que ficam**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 247 p.

DA COSTA, Reginaldo R. Arte Médica, Tratamento e Direito de Morrer conforme Hans Jonas. **Pensando - Revista de Filosofia**, v. 7, n. 14, p. 285-305, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/pensando/article/view/5486>

DA MOTTA, Oswaldo J. R.; DE PAULO, Arthur, S. Bioética e o Princípio de Beauchamp e Childress: Noções, Reflexões e Críticas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2436-2448, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/8145/7030>

DA SILVA, Jefferson S *et al.* Entre a Árvore da Vida e o Fruto da Morte: Biotecnologia e Negação da Morte na Contemporaneidade. In: CORRADI-PERINI, Carla; ESPERANDIO, Mary Rute G.; SOUZA, Waldir. **BIOHCS: Bioética e Tanatologia**. 1. ed. Curitiba: Editora Prisma, 2018. 151 p.

DEJEANNE, Solange. Os Fundamentos da Bioética e a Teoria Principlialista. **Thaumazein**, v. 4, n. 7, p. 32-45, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/153/pdf>

DE MEDEIROS, Maria O. S. F. *et al.* Conflitos bioéticos nos cuidados de fim de vida. **Revista Bioética**, v. 28, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/FGXnfknWjcgmnqVKJTKP5mw/>

FEIFEL, Herman (Org.). **The Meaning of Death**. 1. ed. Nova Iorque: McGraw-Hill, 1959. 351 p.

FRANKL, Viktor. **Sobre o Sentido da Vida**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2022. 147 p.
HOFFMANN, Leonardo B.; SANTOS, Ana B. B.; CARVALHO, Ricardo T. Sentido de vida e morte: Reflexões de pacientes em cuidados paliativos. **Psicologia USP**, v. 32, e180037, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psup/a/tQ8sz8VyWbGJykwMBLrmv9R/#>

JONAS, Hans. **Técnica, Medicina e Ética**. 1. ed. Lisboa: Editora Vega, 1994.

JÚNIOR, Mario A. C. Bioética aplicada aos cuidados paliativos: questão de saúde pública. **Revista Bioética**, v. 31, n. 3, e3532PT, p. 1-14, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/hVQr9QLJ4nPv7tt3mCfbVJq/?format=pdf&lang=pt>

KOVÁCS, Maria J. Atitudes diante da Morte: Visão Histórica, Social e Cultural. In: KOVÁCS, Maria J. **Morte e Desenvolvimento Humano**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992, p. 28-47.

KOVÁCS, Maria J. Bioética nas Questões da Vida e da Morte. **Psicologia USP**, v. 14, n. 2, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psup/a/d9wcVh7Wm6Xxs3GMWp5ym4y>
KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 10. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017. 296 p.

MAGUIRE, Abigail. Towards a holistic definition of death: The biological, philosophical and social deficiencies of brain stem death criteria. **The New Bioethics: A Multidisciplinary Journal of Biotechnology and the Body**, v. 25, n. 2, p. 172-184, 2019. Disponível em: <https://research.stmarys.ac.uk/id/eprint/3540/1/Abigail%20Maguire%20-%20Towards%20a%20holistic%20definition%20of%20death%20-%20The%20biological%20philosophical%20and%20social%20deficiencies%20of%20brain%20stem%20death%20criteria.pdf>

MOREIRA, Carlos A. **Contribuições de Hans Jonas aos desafios da técnica**. 1 ed. Curitiba: Appris, 2022. 227 p.

PESSINI, Leo. Distanásia: Até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**, v. 4, n. 1, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394

PINHO-REIS, Cintia. Beneficência e Não-maleficência em Fim de Vida: O Caso da Nutrição e Hidratação Artificiais. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 22, n. 4, p. 57-76, 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/47590/31707>

PIRES; Jansen R.; TRINDADE, José G. C. Das Origens da Bioética à Bioética Principlalista. **E-Revista Facitec**, v. 1, n. 1, 2007. Disponível em: <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/e-revistafacitec/article/view/1722/1372>
SPEARS, William; MIAN, Asim; GREER, David. Brain Death: A Clinical Overview. **Journal of Intensive Care**, v. 10, n. 16, p. 1-16, 2022. Disponível em: <https://jintensivecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40560-022-00609-4>

VERHEIJDE, Joseph L.; RADY, Mohamed Y.; POTTS, Michael. Neuroscience and Brain Death Controversies: The Elephant in the Room. **Journal of Religion and Health**, v. 57, n. 5, p. 1745-1763, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6132575/>

Recebido 25/06/2025

Aprovado

01/09/2025

Licença CC BY-NC 4.0

