FARESI
FACULDADE DA REGIÃO SISALEIRA

**BACHARELADO EM BIOMEDICINA**

**CAROLINE OLIVEIRA DA SILVA**

# EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO: O PAPEL DO BIOMÉDICO NAS DECISÕES FINAIS DE VIDA

**Conceição do Coité-BA**
**2025**

**CAROLINE OLIVEIRA DA SILVA**

# EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO: O PAPEL DO BIOMÉDICO NAS DECISÕES FINAIS DE VIDA

Artigo científico apresentado à Faculdade da Região Sisaleira como Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Biomedicina

Orientador: Miguel de Jesús Pereira Filho

**Conceição do Coité-BA**
**2025**

Ficha Catalográfica elaborada por:
Keite Birne de Lira – Bibliotecária
CRB: 5/1953

S586 Silva, Caroline Oliveira da
Eutanásia e suicídio assistido: o papel do biomédico nas decisões finais de vida. / Caroline Oliveira da Silva. –Conceição do Coité: FARESI, 2025.
29f.;

Orientador: Prof. Miguel de Jesús Pereira Filho
Artigo cientifico (bacharel) em Biomedicina. – Faculdade da Região Sisaleira - FARESI. Conceição do Coité, 2025.

1. Eutanásia. 2. Suicídio Assistido. 3. Biomedicina. I. Faculdade da Região Sisaleira – FARESI. II. Pereira Filho, Miguel de Jesús. III. Título.

CDD:614.1

**CAROLINE OLIVEIRA DA SILVA**

# EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO: O PAPEL DO BIOMÉDICO NAS DECISÕES FINAIS DE VIDA

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Biomedicina, pela Faculdade da Região Sisaleira.

Aprovado em 18 de dezembro de 2025

**Banca Examinadora:**

Bárbara Naiane Souza Silva Pereira

Miguel de Jesús Pereira Filho

Pedro Márcio Pinto de Oliveira

Rafael Reis Bacelar Antón



Rafael Reis Bacelar Antón

Presidente da banca examinadora

Coordenação de TCC – FARESI

**Conceição do Coité-BA**

**2025**

# EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO: O PAPEL DO BIOMÉDICO NAS DECISÕES FINAIS DE VIDA

Caroline Oliveira da Silva[1]

Miguel de Jesús Pereira Filho[2]

## RESUMO

Este trabalho analisa o papel do biomédico nas decisões finais da vida, especialmente nos processos de eutanásia e suicídio assistido, práticas já regulamentadas em países como Holanda, Bélgica, Canadá, Suíça e Oregon (EUA). Partindo do questionamento de qual o papel do biomédico dentro das práticas de antecipação médica da morte, investigaram-se os tipos de critérios diagnósticos, exigências documentais, cuidados paliativos e protocolos clínicos em que o biomédico é fundamental para sustentar tal decisão. A fundamentação teórica combina bioética principialista, o magistério católico sobre a inviolabilidade da vida, a noção de natalidade em Hannah Arendt e a biopolítica de Michel Foucault, compreendendo a prática de antecipação médica da morte como fenômeno técnico, ético e político. A pesquisa, de caráter qualitativo, tem como finalidade, análise comparativa das legislações e diretrizes internacionais, assim como de documentos oficiais e literatura científica. Os resultados demonstram que tanto a eutanásia, quanto a morte assistida depende de comprovação diagnóstica robusta, envolvendo exames laboratoriais, avaliação psiquiátrica e laudos que atestem irreversibilidade e sofrimento refratário, sendo os cuidados paliativos parte obrigatória do processo. Conclui-se que o biomédico desempenha papel essencial na produção da evidência técnica que fundamenta a autonomia do paciente, e que em sistemas mais regulados sua atuação é mais ampla e decisiva. Por fim, indica-se que, caso o Brasil avance em discussões legislativas, será indispensável integrar formalmente o biomédico às comissões e fluxos decisórios que envolvem o direito ao fim da vida com dignidade.

**Palavras-chave:** Eutanásia; Suicídio Assistido; Biomedicina

## ABSTRACT

This study analyzes the role of biomedical professionals in end-of-life decision-making, particularly in the processes of euthanasia and assisted suicide, practices already regulated in countries such as the Netherlands, Belgium, Canada, Switzerland, and the state of Oregon (USA). Starting from the central question regarding the role of the biomedical professional within medical practices that anticipate death, the research examined the types of diagnostic criteria, documentary requirements, palliative care measures, and clinical protocols in which biomedical expertise is essential to support such decisions. The theoretical framework combines principlist bioethics, religious ethics concerning the inviolability of life, Hannah Arendt's notion of natality, and Michel Foucault's biopolitics, understanding medically anticipated death as a technical, ethical, and political phenomenon. This qualitative research aims to conduct a comparative analysis of international legislation and

[1] Caroline Oliveira da Silva. Discente do curso de Bacharelado em Biomedicina. E-mail: carolineoliveira@faresi.edu.br.

[2] Miguel de Jesús Pereira Filho. Docente do curso de Biomedicina. E-mail: docente.miguel.filho@faresi.edu.br.

guidelines, as well as official documents and scientific literature. The findings demonstrate that both euthanasia and assisted dying depend on robust diagnostic confirmation, involving laboratory tests, psychiatric evaluation, and reports attesting to irreversibility and refractory suffering, with palliative care being a mandatory component of the process. It is concluded that biomedical professionals play an essential role in producing the technical evidence that underpins patient autonomy, and that in more regulated systems their participation is broader and more decisive. Finally, the study indicates that, should Brazil advance toward legislative debates on the issue, it will be indispensable to formally integrate biomedical professionals into the committees and decision-making pathways involved in ensuring the right to a dignified end of life.

**Keywords:** Euthanasia; Assisted Suicide; Biomedicine

## 1. INTRODUÇÃO

A evolução das ciências da saúde e o avanço das tecnologias biomédicas ampliaram significativamente a capacidade humana de diagnosticar, tratar e prolongar a vida. Contudo, esses mesmos avanços trouxeram novos dilemas éticos, jurídicos e sociais relacionados ao fim da vida, especialmente diante de pacientes com doenças terminais e sofrimento refratário (Pessini, 2016). É nesse contexto que práticas como a eutanásia e o suicídio assistido emergem como objetos de intenso debate interdisciplinar, envolvendo medicina, biomedicina, filosofia, direito e teologia. A distinção entre essas práticas também é essencial: enquanto a eutanásia consiste em abreviar a vida do paciente por ação direta de um profissional, com o intuito de evitar sofrimento extremo, a morte assistida envolve a administração voluntária, pelo próprio paciente, de um agente letal previamente fornecido de forma controlada (Beauchamp; Childress, 2019).

No Brasil, ambas permanecem proibidas, a discussão se intensifica à luz dos princípios constitucionais da dignidade humana e da autonomia, especialmente aqueles previstos no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, que estabelece a dignidade da pessoa humana como fundamento da República, e no artigo 5º, que assegura a todos a inviolabilidade de direitos fundamentais, incluindo a liberdade e a autonomia individual. O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 1.995/2012, ampliou esse debate ao regulamentar as Diretivas Antecipadas de Vontade, aproximando a prática clínica de cenários em que o paciente expressa seus desejos para o fim da vida.

Nesse cenário, destaca-se a relevância do biomédico, cuja função principal é produzir e interpretar exames laboratoriais, análises diagnósticas e pareceres técnicos fundamentais para subsidiar decisões clínicas. Mesmo não participando diretamente da execução da eutanásia ou do suicídio assistido, sua atuação é determinante na avaliação da irreversibilidade de doenças, no acompanhamento prognóstico e na garantia de rigor científico aos laudos que embasam decisões médicas e familiares (Souza *et al*., 2021). A precisão, ética e imparcialidade dos dados produzidos pelo biomédico influenciam diretamente a deliberação multiprofissional em casos de terminalidade.

Justifica-se, portanto, este estudo pela necessidade de compreender a atuação biomédica em situações de elevado impacto ético e clínico, independentemente da legalidade da eutanásia e do suicídio assistido no Brasil. Embora tais práticas não sejam permitidas no país, o avanço tecnológico e a crescente complexidade dos métodos diagnósticos ampliam significativamente a influência do biomédico sobre decisões de fim de vida, especialmente na definição de prognósticos, na avaliação de irreversibilidade de doenças e na produção de evidências que orientam condutas médicas. Assim, discutir a dimensão ética da profissão torna-se fundamental, não por uma antecipação normativa inexistente no Brasil, mas porque a responsabilidade técnica e moral do biomédico já afeta diretamente a vida, e o fim da vida, dos pacientes. Essa necessidade se intensifica diante do fato de que a formação acadêmica em Biomedicina ainda dedica pouca atenção aos dilemas éticos complexos, cuidados paliativos e debates sobre terminalidade (Reis *et al*., 2020), evidenciando uma lacuna que antecede qualquer discussão legislativa e que impacta a prática profissional atual. Além da relevância acadêmica, o tema também possui relevância social, ao contribuir para discussões sobre políticas públicas e formação profissional mais humanizada, e relevância prática, ao oferecer subsídios para orientar uma atuação eticamente responsável e juridicamente segura.

Diante dessas questões, este trabalho tem como objetivo geral analisar o papel do biomédico nas decisões finais de vida relacionadas à eutanásia e ao suicídio assistido, considerando os aspectos éticos, jurídicos, culturais e científicos que orientam tais práticas nos países em que são regulamentadas. Para alcançar esse propósito, o estudo busca diferenciar os diversos modelos de antecipação médica da morte existentes no cenário internacional; identificar os princípios bioéticos que fundamentam a atuação do biomédico em situações de terminalidade; examinar as diretrizes presentes no Código de Ética do Biomédico relacionadas ao cuidado com pacientes em fase final de vida; analisar os critérios empregados na emissão de exames, laudos e pareceres biomédicos que auxiliam no processo decisório; investigar de que modo a formação acadêmica e profissional prepara o biomédico para enfrentar dilemas éticos associados ao fim da vida; e, por fim, propor recomendações que contribuam para uma prática mais ética, humanizada e alinhada às exigências legais e às necessidades reais dos pacientes.

Assim, a introdução estabelece as bases conceituais, legais e éticas para compreender como o biomédico, mesmo atuando de modo indireto nos procedimentos de práticas de antecipação médica da morte, exerce influência significativa nas decisões sobre o fim da vida, especialmente em sociedades onde sua atuação ainda carece de regulamentação e respaldo formativo.

## 2. METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como uma análise documental comparada, com abordagem qualitativa e natureza exploratória, fundamentada em materiais bibliográficos e documentos oficiais. A opção por esse tipo de estudo justifica-se pela necessidade de examinar legislações, diretrizes clínicas e evidências diagnósticas relacionadas à morte assistida, especialmente em países onde a prática já se encontra regulamentada. A coleta de dados foi realizada entre março e agosto de 2024 e envolveu a busca sistemática nas bases PubMed, SciELO, LILACS e Google Scholar, além de consultas a portais governamentais da Holanda, Bélgica, Canadá, Suíça e do estado de Oregon (EUA). Para orientar a busca, foram utilizados descritores em inglês e português, incluindo “euthanasia”, “assisted dying”, “physician-assisted suicide”, “biomedical scientist”, “laboratory medicine”, “diagnostic evidence” e “end-of-life decisions”, combinados por operadores booleanos, como em (Euthanasia OR Assisted Dying) AND (Biomedical Scientist OR Laboratory Medicine) AND (Diagnosis OR Evidence). O recorte temporal abrangeu publicações entre 2016 e 2024, período que contempla a aprovação das principais legislações contemporâneas sobre a temática.

Não existe um número exato universal do total de documentos que tratam de eutanásia e suicídio assistid*o* em toda a literatura científica global, porque essa contagem varia conforme a base pesquisada e os critérios de inclusão. Após triagem por título e resumo, 50 artigos e relatórios foram submetidos à leitura integral. Ao final do processo, 36 documentos atenderam aos critérios de inclusão, que contemplaram legislações, protocolos clínicos oficiais, pareceres de comissões de avaliação, relatórios técnicos governamentais e artigos científicos que descrevem critérios diagnósticos e exigências documentais aplicáveis à morte assistida. Foram

excluídos artigos de opinião, textos sem respaldo institucional e materiais sem descrição metodológica.

Os dados extraídos foram organizados em uma matriz comparativa que permitiu analisar, entre os cinco países estudados, critérios de elegibilidade, exigências diagnósticas, tipos de laudos utilizados, participação técnica do biomédico e relação entre documentação clínica e fluxos legais. Essa matriz possibilitou examinar convergências e divergências entre os modelos regulatórios, fornecendo subsídios para compreender como a atuação biomédica se insere nos processos decisórios relacionados à eutanásia e ao suicídio assistido. A análise seguiu lógica interpretativa, buscando identificar o papel da prova diagnóstica na validação da autonomia do paciente, bem como o impacto dos exames, laudos e pareceres na determinação da irreversibilidade das condições clínicas.

## 3. DESENVOLVIMENTO

### 3.1 Práticas de antecipação da morte

A compreensão adequada das práticas relacionados ao fim da vida exige a diferenciação entre eutanásia, ortotanásia, distanásia e suicídio assistido. A eutanásia, segundo Pessini (2016), consiste em provocar a morte de um paciente em sofrimento extremo, portador de uma doença incurável, com o intuito de abreviar a dor e garantir-lhe uma partida sem agonia. Embora movida pela compaixão, essa prática permanece proibida no Brasil e é juridicamente enquadrada como homicídio. Ainda assim, o debate sobre o tema se mantém vivo, pois envolve princípios bioéticos fundamentais, como a autonomia do paciente, a autonomia da pessoa humana e a valorização da vida. Em países onde é permitida, a eutanásia é vista não como desistência da vida, mas como um ato de respeito à liberdade e ao limite do sofrimento.

Já a ortotanásia surge como uma resposta mais equilibrada e aceita do ponto de vista ético e legal. Trata-se de permitir que a morte siga seu curso natural, sem recorrer a intervenções médicas que apenas prolonguem o sofrimento. De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2006), a ortotanásia surge como a única prática relacionada às decisões finais de vida que é considerada legítima e aceita no ordenamento ético e legal brasileiro. Enquanto a eutanásia e o suicídio

assistido permanecem proibidos, a ortotanásia é uma resposta que busca o equilíbrio bioético.

Ela consiste em permitir que a morte siga seu curso natural, suspendendo ou não iniciando tratamentos que prolonguem artificialmente o processo da morte quando não há mais chance de cura. Segundo a legislação do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2006), os critérios que a tornam legítima são: adoção de cuidados paliativos integrais, emprego de esforços para aliviar a dor e oferecer conforto e acolhimento. O foco deve ser garantir que o fim aconteça com dignidade, serenidade e humanidade, e não prolongar a vida a qualquer custo. Nesse cenário, a prática médica se alinha com o respeito à autonomia e dignidade da pessoa humana.

A distanásia, por outro lado, representa o extremo oposto. Ela ocorre quando se utiliza de todos os recursos tecnológicos disponíveis para manter a vida, mesmo quando não há esperança de recuperação. Pessini (2016) define a distanásia como uma “morte lenta e dolorosa”, prolongada artificialmente, que muitas vezes ignora o sofrimento humano em nome de uma obrigação técnica de preservar a existência. Essa prática é alvo de críticas por desrespeitar o desejo do paciente e sua qualidade de vida, reforçando a importância de se discutir os limites éticos da medicina moderna.

Em contraste, o suicídio assistido uma prática eticamente distinta da eutanásia. Nele, o ato final é realizado pelo próprio paciente, com o auxílio indireto de um profissional de saúde, geralmente por meio da prescrição de uma substância letal (Beauchamp; childress, 2019). Essa prática é legal em alguns países, como Suíça e Canadá, onde se reconhece o direito do indivíduo de decidir sobre o próprio fim diante de um sofrimento insuportável. No entanto, no Brasil, tanto a eutanásia quanto o suicídio assistido são proibidos, o que reforça o papel da ética e da sensibilidade profissional na condução de casos terminais.

Em todos esses debates, o que está em jogo não é apenas uma decisão médica, mas um dilema humano. A morte, inevitável e muitas vezes temida, exige uma abordagem que una ciência e empatia, razão e compaixão. A bioética, nesse sentido, propõe um olhar sensível e respeitoso para o processo de morrer, reconhecendo que a dignidade não se perde com a proximidade da morte, mas se

reafirma no modo como se vive até o último instante. Como lembra Kübler-Ross (1998), “a morte não é o oposto da vida, mas parte dela”.

Dessa forma, discutir as práticas relacionadas ao fim da vida não é uma questão apenas biológica, mas também ética e jurídica, tratando-se de um debate sobre o direito humano à dignidade, que deve acompanhar a pessoa desde o nascimento até o último suspiro. A Constituição Federal de 1988 consagra a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República, o que implica reconhecer que a vida não pode ser reduzida a um mero processo biológico, mas deve ser compreendida em sua totalidade física, emocional e espiritual. Nesse sentido, pensar o morrer com dignidade é também reafirmar o valor da vida em sua plenitude, aceitando seus limites com respeito e humanidade.

## 3.2 PANORAMA HISTÓRICO E JURÍDICO

Historicamente, a eutanásia é registrada desde a antiguidade, quando pensadores como Sócrates e Sêneca admitiam a possibilidade de abreviar a vida para evitar o sofrimento externo. (Kübler-ross, 2008). Na contemporaneidade, países como Holanda (2002), Bélgica (2002) e Canadá (2016) legalizaram a eutanásia sob rígidos critérios. Já na Alemanha não foi legalizada a eutanásia em um sentido amplo. O que existe é a chamada eutanásia passiva. Isso significa que é permitido interromper tratamentos que mantenham uma pessoa viva, como a alimentação artificial, se a pessoa, quando consciente, expressou o desejo de não ser mantida viva artificialmente. O tema da eutanásia na Alemanha é sensível devido ao programa nazista de eutanásia forçada durante a Segunda Guerra Mundial, conhecido como Aktion T4, que visava eliminar pessoas consideradas "indignas de viver".

O programa Aktion T4 foi uma política de eutanásia compulsória implementada pelo regime nazista entre 1939 e 1945, destinada à eliminação sistemática de pessoas com deficiência física, intelectual ou transtornos mentais, sob a justificativa ideológica de “higiene racial” e “purificação biológica”. Diferentemente dos debates contemporâneos sobre eutanásia e suicídio assistido, que se fundamentam em princípios como autonomia, consentimento informado e controle do sofrimento, o Aktion T4 não possuía qualquer base ética ou médica

legítima, configurando-se como um mecanismo estatal de extermínio e violação extrema dos direitos humanos.

No Brasil, o Código Penal tipifica a eutanásia como homicídio privilegiado (art. 121, §), admitindo atenuante para o agente que age por motivo de relevante valor moral. O suicídio assistido é enquadrado no art. 122 como indução ou instigação ao suicídio. Apesar disso, a Resolução CFM nº 1.995/2012 representou um avanço significativo ao regulamentar as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), permitindo que o paciente manifeste previamente suas preferências sobre tratamentos em situações de incapacidade decisória, aproximando a prática médica brasileira dos princípios da ortotanásia e do respeito à autonomia. O contexto de sua publicação envolveu debates intensos sobre limitação terapêutica, futilidade médica e respeito à vontade do paciente, motivados por casos emblemáticos de prolongamento artificial da vida. Posteriormente, o CFM publicou notas técnicas e pareceres esclarecendo que as DAV não autorizam práticas de antecipação da morte, mas orientam o médico a evitar intervenções desproporcionais ou inúteis, reforçando o cuidado centrado na pessoa. Essa evolução normativa abre caminho para a discussão dos fundamentos bioéticos que sustentam tais diretrizes, especialmente os princípios de autonomia e beneficência.

### 3.3 FUNDAMENTOS BIOÉTICOS

A bioética, conforme Beauchamp e Childress (2019), é estruturada em quatro princípios fundamentais que orientam as decisões morais na área da saúde: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Esses princípios não servem apenas como guia a prática profissional, mas também servem de base para a reflexão ética em situações de vulnerabilidade, como o processo de morrer.

O primeiro princípio, o da autonomia, refere-se ao respeito pelas escolhas e valores do paciente, reconhecendo seu direito de decidir sobre o próprio corpo, tratamento e destino. No contexto do fim da vida, esse princípio se manifesta no desejo de muitos pacientes em optar por um término digno, livre de sofrimento e intervenções desnecessárias. Respeitar a autonomia, portanto, é reconhecer o indivíduo como sujeito de sua história, não apenas como objeto de cuidado médico.

O segundo princípio, o da beneficência, traduz-se na obrigação moral e profissional de promover o bem do paciente. Isso significa agir de forma a aliviar a

dor, proporcionar conforto e buscar o melhor interesse da pessoa sob cuidado. Entretanto, em situações de doença terminal, o conceito de “fazer o bem” pode se tornar complexo: manter um paciente vivo a qualquer custo pode, paradoxalmente, representar mais sofrimento do que benefício. Nesse ponto, a beneficência precisa ser compreendida à luz da qualidade de vida, e não apenas da duração da existência.

A não maleficência, por sua vez, está intimamente ligada à beneficência, mas enfatiza a necessidade de evitar causar danos desnecessários. Esse princípio ganha relevância diante da distanásia, prática que prolonga artificialmente a vida, muitas vezes à custa de dor e perda de dignidade. O dever de “não causar dano” deve incluir não apenas o cuidado físico, mas também o respeito ao sofrimento emocional, psicológico e espiritual do paciente e de seus familiares.

Por fim, o princípio da justiça diz respeito à equidade no acesso aos cuidados de saúde e ao tratamento digno de todos os indivíduos, independentemente de suas condições econômicas, sociais ou culturais. No campo da bioética, a justiça também implica reconhecer que todos têm o direito de morrer com dignidade, com o mesmo respeito e atenção dispensados àqueles em busca da cura.

No contexto da eutanásia e do suicídio assistido, surge um evidente conflito entre esses princípios, especialmente entre a autonomia do paciente e o dever do profissional de preservar a vida. Enquanto o paciente reivindica o direito de decidir sobre o próprio fim, o profissional é guiado pelo compromisso ético e legal de manter a vida a todo custo. Esse impasse reflete um dilema profundo: até que ponto a preservação da vida biológica deve prevalecer sobre a vontade e o bem-estar do indivíduo?

Segundo Fortes (2018), a ética biomédica no Brasil ainda privilegia a preservação da vida, em consonância com a tradição médica e com o valor jurídico atribuído à existência humana. No entanto, observa-se um avanço gradual no reconhecimento da importância da qualidade de vida e da dignidade no processo de morte. Essa mudança reflete uma ampliação da compreensão ética, que deixa de se concentrar apenas na manutenção do corpo e passa a valorizar o sujeito em sua totalidade; física, emocional, social e espiritual.

Dessa forma, os princípios da bioética não devem ser vistos como regras rígidas, mas como guias flexíveis e complementares, que precisam ser ponderados

caso a caso. Em situações de terminalidade, o desafio ético consiste em equilibrar o respeito à autonomia do paciente com o dever de cuidado e compaixão do profissional. Como destaca Pessini (2016), o verdadeiro sentido da medicina não está em evitar a morte a qualquer custo, mas em acompanhar o ser humano com dignidade até o fim, aliviando a dor e promovendo conforto e humanidade no momento mais vulnerável da existência.

### 3.4 VISÕES CULTURAIS E RELIGIOSAS

As percepções sobre a eutanásia e o suicídio assistido variam de acordo com as crenças culturais, religiosas e o grau de secularização de cada sociedade**.** O cristianismo, por exemplo, tradicionalmente condena ambas as práticas, sustentando que a vida é um dom inviolável. Entre os documentos oficiais da Igreja Católica, destaca-se a carta Samaritanus Bonus (Congregação Para a Doutrina da Fé, 2020), aprovada pelo Papa Francisco, que reafirma uma posição firme contra a eutanásia e o suicídio assistido. O texto qualifica essas práticas como “intrinsecamente más” e “um crime contra a vida humana”, condenando qualquer forma de cooperação. O documento ressalta que “incurável não significa sem cuidado”, defendendo a continuidade dos cuidados paliativos, sejam eles físicos, psicológicos ou espirituais.

Ainda que a maioria dos países que legalizaram formas de antecipação médica da morte, como Holanda, Bélgica, Canadá, Suíça e Oregon, possuam fortes raízes no protestantismo ou em tradições seculares influenciadas por ele, as posições teológicas oficiais de muitas Igrejas Protestantes demonstram grande cautela.

O Conselho da Comunhão das Igrejas Protestantes na Europa, por exemplo, considera a eutanásia profundamente problemática no plano ético, argumentando que sua legalização seria equivalente à sua banalização no plano cultural (Conselho da Comunhão das Igrejas Protestantes, 2012). Essa postura, embora com bases teológicas distintas, estabelece um ponto de convergência com a visão católica em relação à preservação da vida.

Essa divergência entre a posição religiosa oficial e a prática legalizada em nações ocidentais revela que o avanço da legalização está fortemente associado

à ascensão de correntes humanistas e seculares que priorizam o direito à autodeterminação (Harris, 2011).

Contudo, se tratando da percepção na sociedade geral, no âmbito social e cultural mais amplo, a aceitação da eutanásia e do suicídio assistido está intrinsecamente ligada ao grau de individualismo da sociedade. Em culturas que adotaram essas práticas, o valor fundamental é a autonomia pessoal, o direito de o indivíduo decidir sobre o próprio fim da vida, o qual prevalece sobre o princípio da inviolabilidade da vida e o paternalismo médico.

Em contrapartida, sociedades com menor aceitação, incluindo o Brasil, tendem a valorizar modelos de tomada de decisão mais coletivos ou centrados na família, onde o morrer é visto como um evento que envolve a comunidade, e não apenas o desejo individual. No Brasil, onde há pluralidade religiosa e cultural, essas divergências influenciam diretamente o debate público e as decisões políticas, sendo a religião a principal barreira para a discussão jurídica sobre a morte assistida.

"Harris (2011) argumenta que o avanço da legalização reflete uma mudança cultural mais ampla, impulsionada pela priorização dos valores humanistas e seculares, que elevam o direito à autonomia. Essa visão se contrapõe à condenação explícita do catolicismo (CONGREGAÇÃO PARA A DOUTRINA DA FÉ, 2020)."

### 3.5 CUIDADOS PALIATIVOS COMO ALTERNATIVA

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) define os cuidados paliativos como uma abordagem que busca melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida. Essa abordagem envolve a prevenção e o alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento eficaz da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Diferentemente do que muitos pensam, os cuidados paliativos não se destinam apenas aos momentos finais da vida, mas podem e devem ser integrados ao tratamento desde o diagnóstico de uma condição grave, coexistindo com terapias curativas sempre que possível.

No contexto brasileiro, a Política Nacional de Cuidados Paliativos, instituída pela Portaria nº 483/2014, reforça a importância de um atendimento multiprofissional, humanizado e centrado no paciente. Essa política estabelece que o foco deve estar na promoção do conforto, na redução do sofrimento e no respeito

à dignidade humana, reconhecendo o direito de cada pessoa de ser cuidada até o fim da vida de forma integral. Segundo Lima e Gomes (2021), quando os cuidados paliativos são aplicados de forma adequada, podem reduzir significativamente os pedidos por eutanásia ou suicídio assistido, uma vez que aliviam a dor, proporcionam acolhimento emocional e oferecem suporte espiritual tanto ao paciente quanto à família.

Os cuidados paliativos baseiam-se em uma filosofia que valoriza a vida em todas as suas fases, sem buscar acelerá-la ou adiá-la. Eles reconhecem que a morte é parte natural da existência humana e, portanto, deve ser enfrentada com respeito e serenidade. Nesse sentido, o objetivo principal não é prolongar o tempo de vida a qualquer custo, mas garantir que os dias vividos tenham qualidade, significado e dignidade. Essa abordagem também convida à reflexão sobre o papel da medicina contemporânea, que, ao longo do tempo, priorizou o prolongamento biológico da vida, muitas vezes em detrimento do conforto e da paz do paciente.

Outro aspecto fundamental é o caráter multidisciplinar dos cuidados paliativos. Médicos, enfermeiros, biomédicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e capelães atuam de forma integrada para atender às múltiplas dimensões do sofrimento humano. Essa atuação conjunta permite não apenas o controle da dor física, mas também o acolhimento emocional, o suporte espiritual e o acompanhamento familiar no processo de luto. De acordo com Pessini (2016), a prática paliativa representa uma verdadeira “reumanização da medicina”, pois devolve ao paciente o protagonismo sobre sua própria trajetória e oferece à morte um sentido de serenidade, e não de fracasso.

Além disso, os cuidados paliativos contribuem para redefinir o conceito de dignidade no fim da vida. O paciente deixa de ser visto como alguém “sem esperança” e passa a ser compreendido como um ser humano pleno, que ainda pode amar, ser amado, expressar desejos, refletir e encontrar paz. O cuidado, nesse momento, assume um caráter existencial, voltado não apenas para o corpo, mas também para a alma e as relações humanas. Assim, conforme afirma Kübler-Ross (1998), “a forma como morremos é tão importante quanto a forma como vivemos”, reforçando a necessidade de enxergar o processo de morrer com empatia, respeito e sensibilidade.

Dessa maneira, os cuidados paliativos surgem como uma alternativa ética e humanitária diante dos dilemas da eutanásia e do suicídio assistido. Ao invés de abreviar a vida, buscam aliviar o sofrimento e promover uma experiência de fim de vida digna, consciente e acolhedora. Essa abordagem se alinha aos princípios da bioética já citados, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, pois respeita a vontade do paciente, promove seu bem-estar, evita danos e assegura um tratamento justo e humano.

Portanto, fortalecer os cuidados paliativos no Brasil, além de se basear em uma questão de política pública, é também de valorização da dignidade humana.

## 3.6 O PAPEL DO BIOMÉDICO

O biomédico exerce um papel fundamental na área da saúde, especialmente no que diz respeito à produção e interpretação de dados diagnósticos que subsidiam decisões clínicas e terapêuticas. Sua atuação vai muito além da execução de exames laboratoriais: envolve responsabilidade técnica, rigor científico e sensibilidade ética diante de situações em que o diagnóstico pode definir condutas de grande impacto, inclusive em casos de doenças graves e terminais.

De acordo com Souza *et al*. (2021), a precisão nos exames laboratoriais, análises genéticas, estudos de imagem e avaliações prognósticas é determinante para a elaboração de diagnósticos confiáveis, que servem de base para a equipe médica decidir sobre a continuidade, a limitação ou a suspensão de determinados tratamentos. Dessa forma, o trabalho do biomédico tem influência direta na qualidade das decisões clínicas tomadas em situações de fim de vida, mesmo que sua participação ocorra de maneira indireta.

Embora o biomédico não realize atos relacionados à eutanásia ou ao suicídio assistido, ele integra o contexto decisório por meio do fornecimento de informações técnicas essenciais. Sua responsabilidade ética está em garantir que os resultados sejam produzidos com exatidão, transparência e imparcialidade, assegurando que as decisões médicas e familiares se baseiem em dados científicos confiáveis e não em suposições. Assim, o biomédico contribui para que o paciente e a equipe de saúde tenham acesso a uma visão realista e precisa da condição clínica, o que é indispensável em momentos de deliberação ética e emocionalmente complexa.

Nesse sentido, o biomédico deve pautar sua atuação pelos princípios da bioética, além de observar rigorosamente o que estabelece o Código de Ética do Profissional Biomédico (CFBM, 2021). Isso inclui o dever de preservar o sigilo das informações, agir com honestidade intelectual e evitar qualquer forma de manipulação de dados que possa interferir na tomada de decisões. O profissional deve, ainda, manter uma postura ética, humanizada e colaborativa, reconhecendo o paciente não apenas como objeto de análise, mas como um ser humano que vivencia um momento de vulnerabilidade.

A imparcialidade é outro ponto crucial na conduta biomédica. Em contextos de terminalidade, é comum que familiares e equipes médicas enfrentem divergências sobre o melhor caminho a seguir. Nesse cenário, o biomédico precisa manter uma postura técnica e neutra, oferecendo resultados e interpretações baseadas exclusivamente em evidências científicas, sem influenciar decisões pessoais ou religiosas. Seu compromisso é com a verdade científica e com o respeito à dignidade humana, contribuindo de forma silenciosa, porém essencial, para que o processo decisório ocorra com responsabilidade e sensatez.

Além disso, a atuação do biomédico está fortemente vinculada à promoção da humanização da saúde, especialmente nos cuidados paliativos. Ao compreender o impacto emocional que um diagnóstico terminal pode causar, o profissional deve exercer sua função com empatia e sensibilidade, reconhecendo que, por trás de cada amostra biológica, existe uma pessoa, uma história e uma família em sofrimento. Assim, sua postura ética e cuidadosa pode auxiliar a equipe multidisciplinar a oferecer um atendimento mais acolhedor e compassivo.

Por fim, o papel do biomédico no contexto do fim da vida reflete a integração entre ciência, ética e humanidade. Mesmo sem atuar diretamente na execução de práticas como a eutanásia ou o suicídio assistido, sua contribuição é indispensável para que as decisões sejam tomadas com base em informações confiáveis, princípios éticos sólidos e respeito à dignidade da pessoa humana. Como afirma Fortes (2018), a atuação ética dos profissionais de saúde, em todas as etapas do cuidado, é o que garante que o direito à vida, e também o direito a uma morte digna, sejam respeitados em sua plenitude.

**Tabela 1** - Síntese da Atuação do Biomédico em Eutanásia e Suicídio Assistido

| Pais | Holanda | Bélgica | Canadá | Oregon |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Descrição Técnica** | Exames laboratoriais, laudos, critérios de gravidade e irreversibilidade; documentação clínica exigida; aplicação dos critérios due care. | Comissão de controle exige exames robustos que comprovem terminalidade e irreversibilidade; auditoria posterior dos laudos. | Avaliação dupla obrigatória; documentação médica padronizada; exames que sustentam diagnóstico terminal ou sofrimento intolerável. | Colaboração com médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais para garantir uma abordagem multidisciplinar no cuidado ao paciente. |
| **Função do Biomédico** | Produz exames laboratoriais e laudos; participa da documentação obrigatória; comprova doença irreversível e sofrimento refratário; pode atuar no suporte pós-eutanásia (como liberação de órgãos). | Fornece exames comprobatórios; emite laudos robustos; garante que os resultados atendam aos critérios da comissão. | Confirma diagnóstico laboratorial; auxilia nos testes complementares; assegura rastreabilidade e qualidade dos exames; participa do suporte farmacêutico. | Consiste em produzir e validar os exames laboratoriais, de imagem e demais testes que comprovam a condição terminal e a capacidade mental do paciente. Ele assegura a qualidade técnica, a rastreabilidade e a confiabilidade dos resultados, oferecendo suporte diagnóstico essencial para que o médico determine a elegibilidade do paciente ao Death With Dignity Act**.** |
| **Tipo de participação** | Intensa. | Moderada. | Moderada a Intensa. | Leve a Moderada. |
| **Exames exigidos** | Hemograma, bioquímica, patologia, genética, imagem (TC,RM,USG), além de documentação diagnóstica. | Raios-X, tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) para visualizar o interior do corpo e identificar condições médicas, hemograma, sumário de urina e exames que atestem sua condição mental. | Hemograma, sumário de urina, imagem (TC, RM, USG), genéticos e patológicos. | Hemograma; bioquímica sanguínea; exames de imagem (TC, RM, USG); exames anatomopatológicos; testes de função cardíaca e pulmonar; avaliações neuropsicológicas; documentação de dor crônica; avaliação psiquiátrica quando há dúvida sobre capacidade mental. |
| **Parâmetros de laudo** | Diagnóstico irreversível, sofrimento refratário, ausência de | Certificação de patologia grave e incurável, decorrente de doença ou | Só pode ser aplicada com as condições de que a pessoa esteja em | Comprovar diagnóstico terminal com expectativa de vida menor que seis meses, capacidade |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | alternativas, capacidade e consentimento do paciente, além do parecer de um médico independente, reunindo evidências que atendam aos critérios de due care. | acidente, com impossibilidade de cura ou reversão clínica. Evidência de sofrimento físico ou psíquico constante e insuportável que não pode ser mitigado por tratamentos ou cuidados paliativos aceitáveis pelo paciente. | sofrimento, sem perspectiva de alívio e tenha o desejo de morrer, certificado por pelo menos dois médicos | mental preservada, entendimento pleno do pedido, voluntariedade, ausência de coação e revisão por um segundo médico. Deve apresentar exames e evidências que confirmem o prognóstico e a capacidade de decisão. |
| **Ética profissional** | Garantia de sigilo sobre o processo de decisão e o histórico do paciente. A quebra do sigilo ocorre apenas para as autoridades de controle (Comissões Regionais) conforme exigido por lei para a transparência **do ato.** | Neutralidade, confidencialidade, objeção de consciência e cumprimento das normas profissionais locais. | O profissional deve garantir que a decisão venha do paciente, mas pode informá-lo sobre a legalidade do MAID se compatível com seus valores. | Confidencialidade, neutralidade e possibilidade de objeção de consciência, desde que o paciente seja encaminhado a outro profissional habilitado. |

Fonte: Elaboração própria

A eutanásia e o suicídio assistido, permitidos em países como Holanda, Bélgica e Canadá, dependem de comprovação diagnóstica rigorosa e documentação técnicocientífica. Nesse contexto, o biomédico atua como um profissional central na produção, validação e interpretação de informações laboratoriais utilizadas pelos médicos e pelas equipes multiprofissionais que avaliam a elegibilidade dos pacientes.

O biomédico não realiza o procedimento de eutanásia, mas seu papel é crucial na confirmação de doenças incuráveis, avaliação do estágio clínico, comprovação de prognóstico reservado e documentação de irreversibilidade. Para isso, ele realiza exames laboratoriais, análises de imagem, em parceria com radiologia, marcadores tumorais, anatomopatologia, genética e exames funcionais, todos fundamentais para subsidiar decisões éticas e legais.

Nos países onde o procedimento é regulamentado, os laudos emitidos pelo biomédico devem atender padrões de clareza diagnóstica, detalhamento metodológico, rastreabilidade, controle de qualidade e interpretação técnica. Esses laudos são incorporados ao prontuário e ao processo jurídico-clínico que determina se o paciente cumpre os critérios legais, como o “due care” holandês ou os parâmetros do MAiD canadense.

Do ponto de vista ético, o biomédico deve manter postura de neutralidade, registrando dados com imparcialidade, sem juízos morais sobre o ato. Quando o profissional possui objeção de consciência, deve realizar encaminhamento adequado, garantindo que não haja abandono do paciente e que a continuidade do processo seja respeitada.

Dessa forma, o biomédico se consolida como agente essencial na construção da base científica e documental que fundamenta decisões relacionadas ao fim da vida em países onde esses procedimentos são permitidos. Em âmbito internacional, essa verdade é usada para fundamentar o direito à morte assistida; já no Brasil, é utilizada para subsidiar, com rigor técnico, as decisões de não-intervenção (ortotanásia) e o manejo humanizado dos Cuidados Paliativos, sempre dentro da estrita legalidade vigente

## 3.7 DESAFIOS E LACUNAS DE FORMAÇÃO

A formação em Biomedicina no Brasil apresenta grandes avanços no desenvolvimento de competências técnicas, especialmente na área diagnóstica e laboratorial. No entanto, observa-se que os cursos ainda dedicam espaço limitado a temas como ética aplicada, cuidados paliativos e dilemas relacionados ao final da vida. Essa lacuna formativa pode comprometer a capacidade do profissional de lidar com situações complexas que envolvem decisões críticas sobre a vida, a morte e o sofrimento humano.

Segundo Reis *et al*. (2020), a ausência de conteúdos aprofundados sobre bioética e humanização na grade curricular resulta em uma atuação muitas vezes técnica e eficiente, mas insuficientemente preparada para enfrentar os desafios éticos e emocionais que emergem nos contextos de terminalidade e cuidados paliativos. O biomédico, apesar de ser capaz de fornecer dados precisos e confiáveis, pode sentirse despreparado para participar de discussões sobre a

dignidade do paciente, autonomia nas decisões e manejo do sofrimento, fatores essenciais para o cuidado integral.

A inclusão desses temas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Biomedicina poderia contribuir significativamente para a formação de profissionais mais completos. A abordagem integrada de ética, bioética, comunicação humanizada e cuidados paliativos prepara o biomédico não apenas para interpretar exames com precisão, mas também para compreender o contexto social, psicológico e emocional do paciente. Dessa forma, ele estaria apto a colaborar de maneira mais consciente e segura em decisões que envolvem o final da vida, respeitando a legislação vigente.

Além disso, investir em formação ética e humanizada pode reduzir conflitos entre equipes de saúde e familiares, fortalecer a confiança do paciente nos profissionais e promover um cuidado mais compassivo e integral. Como destaca Pessini (2016), a ausência de preparo para lidar com questões complexas do morrer pode gerar sofrimento adicional para o paciente e insegurança para o profissional, comprometendo o objetivo central da prática biomédica: aliviar o sofrimento humano e promover dignidade.

Portanto, é necessário enfrentar essas lacunas curriculares não apenas por uma questão pedagógica, mas uma necessidade ética e social, pois prepara o biomédico para atuar de forma completa, humanizada e juridicamente segura. A atualização e ampliação da grade curricular podem transformar o profissional de saúde em um agente capaz de unir rigor científico e sensibilidade ética, garantindo que o cuidado prestado ao paciente seja integral e respeitoso, mesmo nos momentos mais delicados da vida.

## 3.8 DIMENSÕES ÉTICAS, POLÍTICAS E FILOSÓFICAS

A reflexão sobre a eutanásia e o suicídio assistido exige um olhar que ultrapassa o campo técnico da saúde e incorpora dimensões filosóficas e políticas que moldam a forma como as sociedades contemporâneas compreendem o morrer. Nesse sentido, as contribuições de Hannah Arendt (1992), Michel Foucault (2014) e Hans Jonas (2006), oferecem bases conceituais essenciais para analisar a autonomia, o poder e a responsabilidade que permeiam decisões sobre o fim da

vida; especialmente em contextos que envolvem sofrimento extremo e irreversibilidade clínica.

Hannah Arendt (1992), ao formular o conceito de natalidade, destaca que a condição humana está profundamente ligada à capacidade de iniciar ações, criar sentidos e conduzir sua própria trajetória. Embora Arendt (1992) não trate especificamente da eutanásia, seu pensamento permite compreender que a autonomia individual, enquanto expressão de liberdade, permanece significativa até os limites da terminalidade. A decisão pelo morrer, quando motivada por lucidez e pelo desejo de evitar sofrimento intolerável, pode ser interpretada como ato final de autoria existencial. Todavia, essa autonomia somente se sustenta quando há clareza diagnóstica, compreensão plena da condição clínica e documentação técnica robusta, elementos que dependem diretamente do trabalho biomédico.

A contribuição de Michel Foucault (2014) amplia essa análise ao mostrar que a medicina moderna, ao lado das instituições políticas, exerce formas de poder sobre a vida e a morte por meio do que denomina biopolítica. Sob essa perspectiva, a regulamentação da eutanásia e do suicídio assistido não é apenas questão moral ou médica, mas um mecanismo de governo da vida, no qual o Estado define condições legais, limites e critérios para o término voluntário da existência. O biomédico, ao produzir exames, laudos e evidências científicas, participa desse sistema de podersaber, pois fornece a base técnica que autoriza ou restringe decisões sobre a morte assistida. Assim, seu papel não é neutro: ele integra o dispositivo institucional que normatiza quem, quando e sob quais condições pode morrer.

Hans Jonas, por sua vez, introduz um contraponto crucial ao enfatizar o princípio responsabilidade. Para Jonas, o avanço tecnológico proporcionou à ciência um poder sem precedentes de interferir nos processos vitais, o que impõe ao profissional da saúde um dever ético ampliado diante da vulnerabilidade humana. A eutanásia e o suicídio assistido, ao lidarem com a interrupção deliberada da vida, demandam prudência máxima, transparência, justificações sólidas e proteção integral ao paciente. Nesse sentido, a responsabilidade ética antecede a simples execução de protocolos: é preciso assegurar que a decisão é genuinamente voluntária, informada e fundamentada em evidências científicas confiáveis. O biomédico assume, então, função central ao garantir rigor técnico na comprovação

da irreversibilidade da doença, do sofrimento refratário e da ausência de alternativas terapêuticas.

Ao reunir Arendt, Foucault e Jonas, pode-se concluir que a morte assistida se situa na interseção entre autonomia individual, regulação institucional e responsabilidade moral. A autonomia, enquanto afirmação do sentido da própria vida; a biopolítica, enquanto estrutura que organiza socialmente o morrer; e a responsabilidade, enquanto critério ético para proteger o vulnerável, convergem para demonstrar que o biomédico não é um agente secundário. Pelo contrário, ele ocupa posição estratégica, sustentando técnica e eticamente decisões que envolvem os limites da dignidade humana. A atuação biomédica, ao produzir a "verdade clínica" que embasa decisões de alta complexidade, torna-se indissociável das dimensões éticas e políticas que cercam a morte assistida.

## 4. RESULTADOS

A análise comparativa das legislações e protocolos de Holanda, Bélgica, Canadá, Suíça e Oregon revelou que, embora cada país possua especificidades jurídicas e culturais, todos convergem em um ponto fundamental: a elegibilidade para a morte assistida depende de documentação técnica rigorosa, exames diagnósticos precisos e comprovação inequívoca da irreversibilidade da doença e do sofrimento refratário. Esses elementos estruturais demonstram que o processo decisório não se baseia apenas na autonomia declarada do paciente, mas sobretudo nas evidências científicas que sustentam a legitimidade da decisão médica.

Nos países com regulamentações mais robustas, como Bélgica e Canadá, observou-se uma maior demanda por laudos laboratoriais detalhados, avaliação multiprofissional e registros clínicos completos. Nesses contextos, o biomédico exerce uma participação intensa, sendo o profissional responsável por validar prognósticos e confirmar a incurabilidade por meio da análise de dados objetivos. Por exemplo, a certificação da falência orgânica terminal é feita pela monitoração contínua de biomarcadores críticos, como a dosagem persistente de creatinina e ureia em níveis de insuficiência renal avançada, ou as alterações em bilirrubina total e fatores de coagulação que atestam o colapso da função hepática. Para doenças neurodegenerativas incuráveis, como a Doença de Huntington ou Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), o biomédico atua na Genética Molecular, confirmando o

diagnóstico pela identificação de mutações específicas em genes como HTT ou SOD1/C9orf72. A robustez desses laudos é o que garante a base técnica inquestionável para a decisão.

A participação biomédica na Holanda é classificada como moderada a intensa, com forte exigência de exames consistentes para dar suporte às consultas independentes obrigatórias. A Suíça e Oregon (EUA), por operarem sob modelos mais centrados na autonomia do paciente, exigem uma documentação menos extensa, o que reduz a necessidade de laudos biomédicos de alta complexidade em comparação aos sistemas belga e canadense, embora a intervenção do biomédico na fase diagnóstica inicial permaneça crucial.

Em todas as jurisdições, os cuidados paliativos antecedem a elegibilidade para a morte assistida. Apenas quando esses cuidados se mostram incapazes de reduzir o sofrimento, quando a insuficiência terapêutica é confirmada por evidências clínicas, e quando a doença se confirma irreversível, o processo é encaminhado. A atuação biomédica aparece aqui como elemento-chave, pois é por meio da análise laboratorial e molecular que se estabelece, objetivamente, a refratariedade da dor e o esgotamento dos recursos disponíveis de controle de sintomas. A participação biomédica é, portanto, diretamente proporcional ao grau de institucionalização do protocolo legal: quanto mais estruturado, maior a necessidade de exames complementares e laudos técnicos para dar segurança ao processo. Os resultados confirmam, assim, que o biomédico desempenha um papel essencial no processo de morte assistida, especialmente na produção da “verdade clínica”, fornecendo os critérios objetivos para sustentar, ou impedir, decisões críticas sobre o fim da vida.

## 5. CONCLUSÃO

A partir da análise realizada, conclui-se que a morte assistida é um processo complexo que envolve não apenas aspectos médicos e legais, mas também dimensões éticas, filosóficas e políticas. Os países que regulamentam a eutanásia e o suicídio assistido demonstram que a prática somente se torna possível quando existe sustentação técnica capaz de garantir que a decisão seja informada, voluntária, prudente e respaldada por critérios clínicos sólidos.

Nesse cenário, o biomédico participa de forma estrutural, porque sem comprovação técnica não há autorização para práticas de antecipação médica da morte. Sua atuação não se limita à geração de exames laboratoriais, mas integra

um processo maior de validação diagnóstica, confirmação prognóstica e documentação da irreversibilidade das condições clínicas. O biomédico contribui diretamente para que a autonomia do paciente seja exercida com base em informações confiáveis, reduzindo assim a possibilidade de decisões precipitadas ou eticamente frágeis.

As contribuições de Arendt, Foucault e Jonas mostram que o fim da vida se encontra na intersecção entre liberdade, biopolítica e responsabilidade. A autonomia, enquanto expressão da autoria humana sobre a própria vida, requer clareza técnica; a biopolítica lembra que o Estado regula o morrer por meio de saberes especializados; e Jonas reforça que toda decisão que envolve tecnologia e vulnerabilidade exige máxima prudência. O biomédico, ao participar desse tríplice estrutura, sustenta técnica e moralmente o processo que envolve a interrupção voluntária da vida.

No Brasil, onde a prática permanece ilegal, o debate sobre eutanásia e suicídio assistido ainda se encontra atravessado por questões religiosas, culturais e jurídicas. Entretanto, a análise comparativa indica que, caso o país avance na regulamentação, será indispensável incluir o biomédico nos fluxos formais de avaliação e decisão. Sua participação garantiria maior segurança técnica, respeito à autonomia e proteção do paciente vulnerável, pilares fundamentais para qualquer legislação sobre o morrer com dignidade.

A análise comparativa demonstrou que, nos países onde a morte assistida é regulamentada, a autonomia do paciente depende juridicamente de evidências laboratoriais e diagnósticas que comprovem irreversibilidade e sofrimento refratário. Assim, sua atuação não é periférica, mas integrada ao núcleo de produção da verdade clínica que subsidia médicos, comissões e Estado

## REFERÊNCIAS

ARENDT, H. A condição humana. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ARIÈS, P. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Principles of biomedical ethics. 8. ed. New York: Oxford University Press, 2019. Disponível em: https://global.oup.com/ushe/product/principles-of-biomedical-ethics-9780190640873. Acesso em: 23 set. 2025.

**BÉLGICA**. Lei relativa à Eutanásia de 28 de maio de 2002. Bruxelas, 2002.

BRUINSMA, S. M. et al. The role of physicians in assisted dying: A systematic review. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 12, p. 240–249, 2022.
**CANADÁ**. An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). [S. l.]: Parliament of Canada, 2016. Disponível em: https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/annualstatutes/2016_3/fulltext.html Acesso em: 23 set. 2025.
CHI, S. K.; WATERS, C. The role of diagnostic evidence in medically assisted dying: a scoping review. **BMC Medical Ethics**, v. 22, n. 1, p. 1–13, 2021.
CONGREGAÇÃO PARA A DOUTRINA DA FÉ. Declaração sobre a eutanásia – Iura et Bona. Vaticano, 1980. Disponível em: https://www.vatican.va. Acesso em: 8 set. 2025.
CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA (CFBM). Código de Ética Profissional do Biomédico. Brasília, DF: CFBM, 2021. Disponível em: https://cfbm.gov.br/legislacao/codigo-de-etica/. Acesso em: 23 set. 2025.
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). O livre arbítrio do paciente e as diretivas antecipadas de vontade. [S. l.], [20--]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/artigos/o-livre-arbitrio-do-paciente-e-as-diretivas-antecipadas-de-vontade. Acesso em: 23 set. 2025.
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1.805, de 27 de agosto de 2006. Dispõe sobre a ortotanásia e os cuidados paliativos. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805. Acesso em: 23 set. 2025.
DOWNIE, J.; CAULFIELD, T. Physician-assisted dying: Law, ethics, and policy in Canada. **University of Toronto Law Journal**, v. 66, n. 1, p. 85–110, 2016.
DWORKIN, R.; NAGEL, T.; RAZ, J. Assisted Suicide: The Philosophers' Brief. New York: The New York Review Books, 1997.
EICH, T. et al. Práticas de fim de vida: análise bioética no contexto brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 2, e220871, 2024. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sausoc/2024.v33n2/e220871pt/. Acesso em: 23 set. 2025.
EMANUEL, E. J. et al. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. **JAMA**, v. 316, n. 1, p. 79-90, 2016.
FORTES, P. Ética biomédica no Brasil: princípios e desafios contemporâneos. São Paulo: Atlas, 2018.
FOUCAULT, M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.
FOUCAULT, M. O nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
GILL, M. B. Autonomy, interest, and the (mis)leading of patients. **Journal of Applied Philosophy**, v. 21, n. 1, p. 17–31, 2004.
HARDWIG, J. Is there a duty to die? **Hastings Center Report**, v. 27, n. 2, p. 34–42, 1997.
JONAS, H. O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto, 2006.
KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
LIMA, A.; GOMES, P. Cuidados paliativos e decisões éticas no fim da vida. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 17, n. 1, p. 45-59, 2021. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/839. Acesso em: 23 set. 2025.

NUSSBAUM, M. C. Agency and personal identity in end-of-life choices. **Philosophy & Public Affairs**, v. 41, n. 4, p. 427–461, 2013.
**OREGON**. Death with Dignity Act. Oregon Revised Statute. Salem, 1997. Disponível em: https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/ors.aspx. Acesso em: 23 set. 2025.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados paliativos. [S. l.], 5 ago. 2020. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care. Acesso em: 23 set. 2025.
**PAÍSES BAIXOS**. Lei de 2001 sobre o Término de Vida a Pedido e Ajuda ao Suicídio (procedimentos de avaliação). Haia, 2001.
PELLIGRA, F.; RODRIGUEZ-LOPEZ, D. Dignity, autonomy and physician-assisted suicide: A comparative analysis. **Bioethics**, v. 34, n. 3, p. 283–292, 2020.
PESSINI, L. Eutanásia, ortotanásia e cuidados paliativos: uma abordagem bioética. 6. ed. São Paulo: Loyola, 2016.
PESSINI, L. Problemas atuais de bioética. São Paulo: Loyola, 2014.
QUILL, T. E.; CASSSEL, C.; MEIER, D. E. Care of the hopelessly ill: Proposed clinical criteria for physician-assisted suicide. **New England Journal of Medicine**, v. 327, n. 19, p. 1380–1384, 1992.
RACHELS, J. The End of Life: Euthanasia and Morality. Oxford: Oxford University Press, 1986.
REIS, A. T.; CARVALHO, M.; SANTOS, J. Formação biomédica e dilemas éticos na terminalidade. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 45–58, 2020.
SALAS, M. et al. Legalisation of euthanasia and assisted suicide: advanced cancer patient opinions. **Supportive Care in Cancer**, v. 32, n. 8, 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37536753/. Acesso em: 23 set. 2025.
SCOPETTI, A.; GULINO, M.; TURRINA, S. Assisted Suicide and Euthanasia in Mental Disorders: an updated ethical and legal overview. **Healthcare**, v. 11, n. 10, 2023. Disponível em: https://www.mdpi.com/2227-9032/11/10/1470. Acesso em: 23 set. 2025.
SINGER, P. Rethinking life and death. New York: St. Martin's Press, 1994.
SOUZA, M. L.; ANDRADE, P. R.; FERREIRA, C. M. A atuação do biomédico em contextos de terminalidade: desafios éticos e técnicos. **Journal of Health Sciences**, Curitiba, v. 23, n. 4, p. 112–121, 2021.
VAN DER HEIDE, A. et al. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. **New England Journal of Medicine**, v. 356, p. 1957–1965, 2007.
VOLUNTARY-ASSISTED DYING, euthanasia and physician-assisted suicide: global perspectives — systematic review. **Palliative Medicine**, 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40175060/. Acesso em: 23 set. 2025.
WORLD MEDICAL ASSOCIATION. WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Tóquio, 2019.