

Vademécum acerca de morir y la muerte

Cláudio França Braga¹, Sara Aparecida Herthel França Braga², Virgínio Cândido Tosta de Souza³

1. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Poços de Caldas/MG, Brasil. 2. Clínica Integrada de Psicologia, Poços de Caldas/MG, Brasil. 3. Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre/MG, Brasil.

Resumen

Considerando el impacto de la muerte en múltiples aspectos de la colectividad humana, este artículo reflexiona sobre cómo diferentes culturas, en diferentes momentos, se relacionaron con este tema, buscando interpretar los diversos significados asociados a la finitud. Por lo tanto, el estudio parte de una revisión bibliográfica de un enfoque cualitativo. Se constata que las civilizaciones que se han sucedido a lo largo de los siglos tienen en común una serie de barreras para comprender y aceptar la muerte. A pesar de los nuevos paradigmas socioculturales, la libertad de expresión y toda la evolución tecnológica que caracteriza a la sociedad contemporánea, la desmitificación de la muerte aún requiere compromiso. En su conclusión, el texto enfatiza la necesidad de ampliar las discusiones y estrategias para abordar cuestiones relacionadas con la finitud humana, teniendo en cuenta que siempre surgen nuevas resignificaciones conceptuales con el progreso de la ciencia.

Palabras clave: Temas bioéticos. Muerte. Tanatología. Derecho a morir. Eutanasia.

Resumo

Vade mecum sobre o morrer e a morte

Considerando o impacto da morte em múltiplos aspectos da coletividade humana, este artigo reflete sobre como diferentes culturas, em épocas distintas, relacionaram-se com esse tema, buscando interpretar os vários significados associados à finitude. Para tanto, o estudo parte de uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa. Constata-se que as civilizações que se sucederam ao longo dos séculos têm em comum uma série de barreiras para compreender e aceitar a morte. E, a despeito de novos paradigmas socioculturais, da liberdade de expressão e de toda a evolução tecnológica que caracterizam a sociedade contemporânea, a desmistificação da morte ainda requer empenho. Em sua conclusão, o texto enfatiza a necessidade de ampliar discussões e estratégias para enfrentar as questões relacionadas à finitude humana, levando em conta que novas ressignificações conceituais sempre emergem com o progresso da ciência.

Palavras-chave: Temas bioéticos. Morte. Tanatologia. Direito a morrer. Eutanásia.

Abstract

Vade mecum about dying and death

Considering the impact of death on multiple aspects of human collectivity, this article reflects on how different cultures, at different times, related to this theme, seeking to interpret the various meanings associated with finitude. Therefore, the study starts with a literature review of a qualitative approach. It found that civilizations that have succeeded each other over the centuries have in common a number of barriers to understanding and accepting death. And, despite new sociocultural paradigms, freedom of expression and all the technological evolution that characterize contemporary society, the demystification of death still requires commitment. In its conclusion, the text emphasizes the need to broaden discussions and strategies to address issues related to human finitude, considering that new conceptual re-significations always emerge with the progress of science.

Keywords: Bioethical themes. Death. Thanatology. Right to die. Euthanasia.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Concepto de muerte en el reloj de arena del tiempo

Desde los comienzos de la civilización, las cuestiones relativas a la finitud de la vida han ejercido una influencia ambigua sobre la raza humana. Aunque la muerte es uno de los marcadores somáticos más significativos en la existencia de los individuos y ciertamente simboliza el grado máximo de vulnerabilidad humana, este tema siempre ha estado impregnado de múltiples tabúes, temores e incertidumbres, en todas las culturas que se han sucedido a lo largo de los siglos, incluida la sociedad contemporánea.

En el antiguo Egipto, la desaparición no se consideraba una circunstancia última o lugar de descanso final, sino más bien el comienzo de una nueva experiencia en un mundo paralelo. De acuerdo con los registros arqueológicos fechados al menos hace 4 mil años y conocidos hoy en día como *Libro de dos caminos*¹. Esta civilización realizó pinturas en sarcófagos con el propósito de instruir a las almas de los difuntos en su difícil viaje al reino de Osiris, El Dios de la muerte. Más tarde, los egipcios comenzaron a dejar junto a las momias, papiro que se llamaba *Libro de los muertos* (o *Libro salir a la luz*), con diversas fórmulas, oraciones y recomendaciones destinadas a ayudar a los muertos en el camino en una nueva dimensión existencial después de la vida.

Ya en la mitología griega, Hades era considerado el Dios del inframundo y el rey de los muertos, la deidad más temida y aborrecible, según lo registrado por Platón: *Y las fábulas que cuentan de Hades, que lo que se ha cometido aquí será pagado allí. Historias que antes no se tomaban en serio, trastornan nuestra alma, porque tememos que sean verdaderas*². Cabe señalar que en la antigua Grecia el infanticidio se llevaba a cabo ocasionalmente con el pretexto de erradicar a los recién nacidos con defectos físicos, y los ancianos gravemente enfermos también podían tener una muerte temprana para aliviar su sufrimiento.

En el Imperio Romano, que consideraba a Plutón el dios de la muerte, también era costumbre que los niños malformados fueran asesinados por sus familiares, que contaban con este derecho garantizado por la legislación (Ley de las Doce tablas, tabla IV). Esta costumbre cuestionable fue

estigmatizada en el judaísmo y más tarde también en el cristianismo, que gradualmente modificó los patrones culturales. El dominio sobre la vida humana ha llegado a ser interpretado como prerrogativa exclusiva de Dios, y no corresponde a los hombres usurpar este poder divino.

En la Edad Media, la resignación frente a enfermedades o desgracias fatales era la conducta diaria. En sus oraciones, los cristianos occidentales clamaban a Dios no ser víctima de muertes súbitas, porque el sufrimiento y el dolor eran considerados como un propósito redentor que beneficiaba la evolución espiritual de los moribundos. Paradójicamente, en este período la Iglesia Católica fue responsable de muchas incongruencias practicadas bajo la demanda de defensa de la fe cristiana. Santo Tomás de Aquino, citado por Engelhardt, incluso afirmó, en su *Summa Theologica*, que los herejes merecen *no solo ser separados de la Iglesia por la excomunión, sino también separados del mundo por la muerte*³. Hasta el día de hoy los historiadores no han sido capaces de determinar con precisión el número de víctimas de las Cruzadas y la Inquisición.

La práctica común en la edad media y moderna, la aplicación de la tortura y la pena de muerte a personas acusadas de transgredir normas religiosas o jurídicas de los diversos reinos o países se consideró la mejor alternativa para reprimir prácticas consideradas peligrosas para la estabilidad de los regímenes. Como ejemplo, se puede citar el conspirador minero Tiradentes, condenado por la Corona portuguesa a la pena de "muerte natural para siempre", que consistía en la horca, el descuartizamiento del cuerpo, la pérdida de todos los bienes y la supresión de todos los registros civiles relacionados con la existencia anterior del condenado. Además de los monarcas y gobernantes, el único segmento de la sociedad que se benefició de tales medidas fue la medicina, ya que los cadáveres de los convictos se prestaron ocasionalmente a estudios anatómicos que contribuyeron excepcionalmente al desarrollo de esta ciencia.

A su vez, la era contemporánea modificó el concepto social de la muerte. El sufrimiento y la agonía han dejado de ser relevantes para la salvación espiritual en la fase terminal de la vida. Además, la gente comenzó a morir en los hospitales, y ya no en sus hogares. Esta era fue pródiga en revoluciones y guerras que propagaron el hambre, la miseria y la muerte a niveles estratosféricos. Algunos países son

directamente responsables de eliminar a su propia población civil por diversas razones discriminatorias, como el racismo y la eugenesia. Como ejemplo, la Alemania nazi fue responsable del exterminio de miles de ciudadanos (estimaciones actuales calculan entre 70 mil y 200 mil víctimas) en su programa eugenista Aktion T4, entre 1939 y 1945⁴. El programa incluía niños, adultos y ancianos con discapacidades físicas, epilepsia, enfermedades mentales y otras patologías “incurables”.

Con el avance de la ciencia médica, hubo discusión sobre una nueva definición del diagnóstico de muerte. Este tema controvertido solo se aclararía después del primer trasplante de corazón en la historia, realizado por el cirujano Christiaan Neethling Barnard en diciembre de 1967 en el hospital Groote Schuur en Sudáfrica. La necesidad imperiosa de que el donante estuviera vivo (aunque muriéndose) en el momento de la retirada de su corazón fue una de las principales críticas de quienes no estaban de acuerdo con esta nueva técnica. Las protestas no se aliviarían hasta agosto de 1968, cuando una comisión *ad hoc* de la Escuela de Medicina de Harvard, presidida por Henry Knowles Beecher⁵, estableció los criterios médicos para la caracterización efectiva de los conceptos de “coma irreversible” y “muerte encefálica”, situaciones clínicas hasta ahora mal definidas.

En la actualidad, el fenómeno de la muerte sigue envuelto en temores y malentendidos. Algunas diversidades culturales son bastante peculiares, como la tradición de la “boda fantasma”, que tiene lugar en ciertas ciudades del interior de China. En estos lugares, persiste la antigua creencia de que los hombres solteros mayores de 12 años que murieron antes de casarse sufrirán aflicciones en el mundo espiritual y traerán muchas desventuras a sus familiares. Para evitar esta adversidad, sus familiares van a buscar a otras familias campesinas donde ha ocurrido la muerte de una mujer soltera. Al encontrarlas, las familias ajustan el matrimonio de sus hijos ya fallecidos, incluso si no se han conocido en la vida. Después del pago de una dote financiera a la familia de la novia, los cadáveres son exhumados y vestidos adecuadamente para que se realice una ceremonia de matrimonio tradicional. Los nuevos esposos son enterrados de nuevo en una tumba común, y todos se regocijan, ya que creen que así han cumplido satisfactoriamente sus deberes familiares.

Otra costumbre controvertida actual consiste en el martirio y los sacrificios terroristas de hombres o mujeres-bombas en defensa de una causa supuestamente religiosa o patriótica – práctica ya registrada en diferentes épocas, como en la Antigua Roma (sicarios), en el Imperio Turco-Otomano (guerreros suicidas o *bashi-bazouk*) y más recientemente en Japón (*kamikaze*).

Cabe señalar, sin embargo, que no todas las expresiones culturales reflejan una perspectiva trágica o sombría. En México, por ejemplo, la tradicional conmemoración del Día de los Muertos celebra el reencuentro ceremonial de las personas con sus familiares fallecidos con fiestas, desfiles, música y mucha alegría. El festival está reconocido como Patrimonio Cultural Inmaterial de la humanidad por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) desde 2003.

Complejo debate contemporáneo

La cita latina *timor mortis conturbat me* (“el miedo a la muerte me perturba”) ejemplifica el fenómeno de la negación cultural de la muerte en la era actual. Los múltiples aspectos médicos, psicológicos, legales y sociales de la muerte hoy en día son exhaustivamente investigados por la tanatología y la bioética. Sin embargo, es posible identificar una cuestión básica que motiva la mayoría de las discusiones sobre este tema: el sufrimiento presente al final de la existencia o frente a una enfermedad grave, progresiva y sin pronóstico favorable. Entre los diversos diálogos que se establecen en la sociedad, algunos incluso antagónicos, seguramente el consenso global converge en el compromiso con la defensa de la dignidad humana.

Como señala Kovács⁶, preguntas controvertidas permanecen sin respuestas concluyentes en la sociedad contemporánea: ¿podemos programar el momento y las circunstancias de nuestra propia muerte? ¿Debe respetarse el derecho de las personas que conscientemente han elegido poner fin a su vida por adelantado? ¿Pueden los amigos, la familia y los profesionales de la salud ayudar lastimosamente a una persona que desea anticipar su propia muerte? Los tratamientos médicos cuyo propósito es prolongar la vida de pacientes cuyo pronóstico fatal, a pesar de un empeoramiento

progresivo de la calidad de vida, ¿pueden (o deben) suspenderse? ¿Quién puede decidir realmente por los pacientes terminales que ya no tienen la autonomía para manifestarse?

El conocimiento de los diversos tipos de muerte contribuye notablemente a la correcta percepción de este fenómeno. Aunque la palabra “eutanasia” fue utilizada por primera vez en 1623 por el filósofo Francis Bacon, en su obra *Historia vitae et mortis*, como un tratamiento adecuado para enfermedades incurables, el término sigue siendo esencial para entender este tema complejo. Compuesto por el griego *yo* (bueno) y *thánatos* (muerte), la palabra fue entendida inicialmente como buena muerte, muerte sin dolor o muerte serena, consistente en una práctica por la cual se buscaba abreviar, sin dolor ni sufrimiento, la vida de un paciente incurable. Actualmente, el significado del concepto ha sufrido cambios, pasando a significar la conducta de poner fin deliberadamente a la vida de una persona enferma. Según Lepargneur, citado por Pessini y Barchifontaine, en el siglo XX, la eutanasia comenzó a tener connotación peyorativa y, poco a poco, para representar un mero eufemismo para significar la supresión indolora de la vida voluntariamente provocada de aquellos que sufren o podrían llegar a sufrir insoportablemente⁷.

Actualmente la palabra “eutanasia” es polisémica, es decir, tiene muchos significados. Sin embargo, hay un consenso en que la práctica depende de una solicitud voluntaria y explícita de un individuo autónomo que busca anticipar la muerte. No hay necesariamente un vínculo directo entre la eutanasia y la enfermedad terminal (en este sentido, los portadores de enfermedades degenerativas en cualquier etapa de la evolución están incluidas). Aunque algunos países como los Países Bajos y Bélgica ya han regulado la eutanasia, en Brasil su ocurrencia es un delito de asesinato que puede agravarse en caso de asfixia (por ejemplo, asfixia con almohada) o uso de veneno de cualquier tipo (Código Penal, artículo 121, § 2º, III)⁸.

Entre las diversas clasificaciones existentes (algunas bastante cuestionables), podemos citar la “eutanasia activa” (también llamada “positiva” o “directa”), que consiste en una acción que acelera o causa la muerte; la “eutanasia pasiva” (o “negativa”), que consiste básicamente en una omisión de anticipar la muerte o suspender procedimientos para prolongar la vida, la “eutanasia

voluntaria” (acción que causa la muerte cuando hay una solicitud del paciente) y “eutanasia involuntaria” (acción que causa la muerte sin el consentimiento explícito del paciente, que para muchos es sinónimo de asesinato).

Los suicidios (acciones que los individuos cometen contra sí mismos para un resultado fatal) se añaden a otras dos definiciones: el “suicidio asistido”, que ocurre cuando la persona realiza el acto con la ayuda de una o más personas, el “suicidio pasivo”, que ocurre por omisión de medidas o procedimientos que podrían resultar en la muerte. En la legislación brasileña también se considera delito inducir, instigar o ayudar al suicidio (artículo 122 del Código Penal)⁹.

Hay tanto defensores enfáticos de la eutanasia como oponentes obstinados. La Iglesia Católica Romana, por ejemplo, desaprueba la práctica, considerándola una violación de la ley de Dios, una ofensa a la dignidad humana y un crimen contra la vida⁹. La Asociación Médica Mundial (AMM) decidió en 1987 que *la eutanasia, que es el acto de poner fin deliberadamente a la vida de un paciente, incluso a petición del propio o de sus familiares cercanos, es éticamente inapropiada*¹⁰. Sin embargo, hizo una advertencia oportuna de que esta guía no impide que el médico respete el deseo del paciente al permitir el curso natural de la muerte en la fase terminal de la enfermedad. Esta opinión fue reiterada recientemente en la 70ª Asamblea General de la AMM, celebrada en Tbilisi, Georgia.

También hay otras definiciones importantes, que deben ser abordadas debido a la gran frecuencia con que aparecen en la literatura científica actual. Entre ellos está el término “distanasia” – derivado del prefijo griego *dys* (acto defectuoso) y *thánatos* (muerte) –, cuyo uso fue propuesto en 1904 por Georges Morache¹¹. La distanasia consiste en prolongar la vida de una persona con enfermedad incurable por medios extraordinarios, incluso en condiciones deplorables para el enfermo. La práctica también se llama “obstinación” o “crueldad terapéutica” (o “inutilidad médica”, término común en Estados Unidos), porque implica el mantenimiento de tratamientos invasivos en pacientes sin ninguna posibilidad de recuperación. Por lo general, la distanasia ocurre en instituciones hospitalarias bien estructuradas con muchos recursos tecnológicos, ya que este mantenimiento vital cuestionable tiene altos costos. Personalidades

destacadas, como Franco (España), Tito (Yugoslavia), Hirohito (Japón) y Tancredo Neves (Brasil), fueron célebres ejemplos de distanasia en la historia.

Otro término también con etimología griega y usado muy a menudo en países pobres y subdesarrollados es “mistanasia”, o “eutanasia social” (aunque muchos consideran esta última designación inapropiada). Mistanasia resulta de la falta de asistencia adecuada a miles de personas con discapacidades físicas y mentales u otras enfermedades tratables, a lo largo de su existencia, y no solo en etapas avanzadas o terminales. Su aparición afecta notablemente a las personas necesitadas y es una causa habitual de muerte prematura e indebida. En resumen, se trata de una muerte miserable, fuera y por delante de su tiempo. El escritor brasileño João Cabral de Melo Neto aborda magistralmente este tema en su obra maestra *Muerte y vida severa*.

El término “Criptonasia” se refiere a otro fenómeno que también tiene como víctimas predominantemente a personas necesitadas, con baja educación, ancianos y portadores de enfermedades crónicas o degenerativas⁶. La práctica consiste en anticipar la muerte de pacientes en estado grave o fase terminal de una enfermedad por deliberación exclusiva del equipo médico, que toma tal decisión con el fin de liberar vacantes para otros pacientes críticos con perspectiva de recuperación y que aún no han logrado cama en unidades de cuidados intensivos o centros hospitalarios. En este caso, no hay ninguna solicitud del propio paciente o sus familiares por el acortamiento de la vida, y Criptonasia configura homicidio en la legislación brasileña y de otros países.

La “ortotanasia” es definida por Francia como la *suspensión de los medios de vida medicamentosos o artificiales de un paciente en coma irreversible y considerado en “muerte cerebral”, cuando hay un deterioro grave de la coordinación de la vida vegetativa y la vida de relación*¹². El neologismo, también derivado del griego – *orthos* (derecho, recto, normal, en línea recta) y *thánatos* (muerte) –, parte de la suposición de que la muerte no es una enfermedad a curar, sino algo inseparable de la vida.

A diferencia de la eutanasia, prácticamente no hay restricciones en la ortotanasia. En manifestación oficial, la Iglesia Católica Apostólica Romana considera *es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a tratamientos que solo darían una prolongación precaria y dolorosa de*

*la vida, sin embargo, interrumpir la atención normal debida a los pacientes en casos similares*⁹. En Brasil, el Consejo Federal de Medicina (CFM) estableció que *en la fase terminal de enfermedades graves e incurables, se permite al médico limitar o suspender procedimientos y tratamientos que prolongan la vida del paciente. Asegurando la atención necesaria para aliviar los síntomas que conducen al sufrimiento, desde la perspectiva de una atención integral, respetada la voluntad del paciente o su representante legal*¹³.

Otro avance extraordinario que se produjo en el siglo XX fue el movimiento *hospicio* moderno, idealizado por la Dra. Cicely Saunders con el objetivo de la asistencia adecuada a los pacientes con enfermedades avanzadas y terminales. Surgió en Inglaterra (más precisamente, en St. Christopher’s Hospice) en la década de 1960, esta iniciativa se encuentra en un franco proceso de expansión en Brasil y abarca dos objetivos fundamentales: los cuidados paliativos (que revolucionaron la terapia de pacientes con enfermedades terminales) y la atención *hospicio*, ofrecido en lugares idealizados para recibir pacientes que van a morir en un tiempo no muy lejano.

En el ámbito jurídico, donde los dilemas derivados de los derechos y deberes establecen las bases de la armonía social, los conceptos (pre)arcaicos se han reformulado a grandes pasos, permitiendo la introducción de nuevas intervenciones, como las pautas anticipadas de la voluntad o el testamento vital (*living will* y *health care proxies*, en los Estados Unidos, y *testament de vie*, en Francia). Gracias a estos documentos, inaplicables hasta hace algunas décadas, hoy es posible que una persona lúcida especifique de antemano la atención y el tratamiento que desea recibir o refute en caso de presentar una imagen de discapacidad física o mental que le impida expresar su voluntad libre y autónomamente. Para ello, es habitual que se designe un apoderado para la toma de decisiones por parte del paciente. En Brasil, sin embargo, esta es una expresión de ciudadanía todavía poco practicada.

Perspectivas futuras

En un momento histórico designado como la Cuarta Revolución Industrial¹⁴, marcado por avances tecnológicos y cambios culturales, se observa,

paradójicamente, que ciertas concepciones permanecen arraigadas en la sociedad, a pesar de la necesidad de reformularlas. Aunque en las últimas décadas hemos evolucionado en temas controvertidos relacionados con la terminalidad de la vida humana, todavía queda mucho por hacer para desmitificar este complejo fenómeno.

A pesar de toda la evolución científica y la libertad de expresión que caracterizan la época actual, persiste la costumbre arcaica de evitar intervenciones o debates relacionados con las múltiples implicaciones de la muerte en la vida cotidiana. Hans Jonas afirma que *no importa cuántas enfermedades el hombre encuentre una cura, la mortalidad no se dobla a su astucia*¹⁵.

Además, otras demandas singulares fueron consideradas debido a la cuestión ambiental. Este es el caso, por ejemplo, con la discusión sobre el destino de los cuerpos humanos. Según datos oficiales de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud¹⁶, hubo aproximadamente 56,9 millones de muertes en 2016, lo que corresponde a 1,8 muertes por segundo. Estos datos demuestran la necesidad de equiparar las implicaciones ecológicas de la finitud humana, como la escasez de espacio físico para nuevas inhumaciones, la contaminación de las aguas subterráneas y las altas emisiones de carbono asociadas con el alto consumo de energía en las cremaciones.

El imperativo de ampliar los debates sobre este controvertido tema extrapola los límites del luto o autonomía para establecer el momento deseado para la muerte. En artículo publicado en *Nature*, investigadores de la Universidad de Yale sorprendieron a la comunidad científica al describir un experimento en el que fue posible mitigar la muerte de células cerebrales, mantener la actividad sináptica, restaurar los vasos sanguíneos y preservar parcialmente el metabolismo cerebral de cerdos decapitados cuatro horas antes del inicio del estudio¹⁷. Aunque estos resultados no tienen implicaciones clínicas inmediatas, la probabilidad

de que se traduzcan en avances notables en la medicina y especialmente en la neurología es grande. Lo más notable, sin embargo, es el enorme potencial del experimento para modificar no solo el conocimiento actual, sino la sociedad en su conjunto. Conceptos establecidos hace mucho tiempo y hasta entonces incuestionables, como el diagnóstico actual de muerte encefálica y varios otros paradigmas médicos, legales, políticos y sociales, pueden reformularse radicalmente en un período aún indefinido. Nuevos tiempos, nuevos desafíos.

Consideraciones finales

Una sociedad que puede interpretar la muerte está estructurada para enfrentar los diversos dilemas de la vida. Sin embargo, exorcizar aspectos anacrónicos, prejuiciosos y aterradores de este fenómeno no es sencillo. La deconstrucción de los arquetipos seculares requiere motivación, persistencia, respeto por las ideas divergentes y, sobre todo, un diálogo sin restricciones, basado en argumentos científicos. Quedan cuestiones relevantes sin respuestas definitivas, como el derecho a la muerte y la falta de respeto de la autonomía de las personas con enfermedades incurables. Retrasar lo inevitable no es ciertamente la mejor alternativa para enfrentar estos dilemas intrincados.

Los debates sobre las controversias relacionadas con la muerte deben ampliarse para abarcar a todos los segmentos de la población, sin exclusiones por grupo de edad, etnia, género, clase social o nivel de educación. Si, por un lado, el papel de los bioeticistas en la conducción de ese proceso puede ser considerado indispensable, por otro lado, se debe enfatizar la necesidad de expandir la discusión más allá de los muros de las universidades e instituciones de investigación, acercándola a la vida cotidiana de la población. Esta estrategia puede contribuir a la construcción efectiva de una nueva realidad congruente con el futuro que aspiramos a nuestra civilización.

Referencias

1. Willems H. A fragment of an early Book of Two Ways on the coffin of Ankh from Dayr al-Barshā (B4B). *J Egypt Archaeol* [Internet]. 2018 [acceso 15 mar 2021];104(2):145-60. DOI: 10.1177/0307513319856848

2. Platão. A república. Brasília: Kiron; 2012. p. 26.
3. Engelhardt HT Jr. Fundamentos da bioética. São Paulo: Loyola; 1998. p. 46.
4. Berenbaum M. T4 Program: Nazi Policy. In: Encyclopaedia Britannica [Internet]. 2018 [acesso 15 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3vOSJYz>
5. Beecher HK. A definition of irreversible coma. *Int Anesthesiol Clin* [Internet]. 2007 [acesso 22 fev 2020];45(4):113-9. DOI: 10.1097/AIA.0b013e318142cb9e
6. Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicol USP* [Internet]. 2003 [acesso 15 mar 2021];14(2):115-67. DOI: 10.1590/S0103-65642003000200008
7. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. São Paulo: Loyola; 2000. p. 293.
8. Brasil. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 31 dez 1940 [acesso 15 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/316l80T>
9. Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé. Declaração sobre a Eutanásia [Internet]. 1980 [acesso 15 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3nyoMld>
10. World Medical Association. WMA Declaration on euthanasia and physician-assisted suicide [Internet]. 2019 [acesso 15 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3GqH7V5>
11. Morache G. Naissance et mort: étude de socio-biologie et de médecine légale [Internet]. Paris: Alcan; 1904 [acesso 15 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3EkVJpm>
12. França GV. Medicina legal. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 358.
13. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. 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 seu representante legal. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 169, 28 nov 2006 [acesso 15 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3vLjflz>
14. Schwab K. Aplicando a quarta revolução industrial. São Paulo: Edipro; 2018.
15. Jonas H. O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto; 2006. p. 32.
16. Associação Pan-Americana de Saúde. 10 principais causas de morte no mundo [Internet]. 2018 [acesso 15 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3be6yWT>
17. Vrselja Z, Daniele SG, Silbereis J, Talpo F, Morozov YM, Sousa AMM et al. Restoration of brain circulation and cellular functions hours post-mortem. *Nature* [Internet]. 2019 [acesso 15 mar 2021];568:336-43. Disponível: <https://go.nature.com/3jH2ymh>

Cláudio França Braga – Magíster – claudiofraga@yahoo.com.br

 0000-0002-9259-8673

Sara Aparecida Herthel França Braga – Magíster – sara.ahfb@live.com

 0000-0002-5915-451X

Virgínio Cândido Tosta de Souza – Doctor – virginio_souza@hotmail.com

 0000-0001-7252-3626

Correspondencia

Cláudio França Braga – Rua Washington, 65, Jardim Novo Mundo II, CEP 37701-369. Poços de Caldas/MG, Brasil.

Participación de los autores

Los autores también participaron en todas las etapas de la elaboración del artículo.

Recibido: 15.3.2020

Revisado: 28.9.2021

Aprobado: 4.10.2021