

A ORTOTANÁSIA E MEDICINA PALIATIVA*

Letícia de Freitas Ereno**

RESUMO

O presente artigo tem o intuito de analisar a correlação da ortotanásia com as medidas paliativas, seus princípios e possibilidades, e o papel da medicina frente ao dilema de permitir que o indivíduo enfrente a morte com dignidade ou manter a sua vida. Os avanços na medicina lograram o aumento da expectativa e da qualidade de vida das pessoas, trazendo, contudo, a obstinação de que a vida tende a ser prolongada a todo custo, do mesmo modo de que a morte passou a ser vista como fracasso médico. A ortotanásia é definida como a prática de cuidados terapêuticos com recursos ordinários. Chamamos o instituto da ortotanásia de morte digna, pois não agride o princípio da dignidade dos indivíduos, pelo contrário, proporciona o alívio da dor física do paciente, tendo limitada a terapia oferecida, de modo a não adiar ou antecipar o momento do fim, que será sereno e tranquilo. Os cuidados paliativos poderão ser utilizados como forma de aumentar o conforto do paciente terminal, concentrando-se no bem estar deste e de seus familiares.

Palavras-chave: Bioética. Princípios. Dignidade da Pessoa Humana. Ortotanásia. Ética. Morte Digna. Medicina Paliativa.

INTRODUÇÃO

A morte é talvez uma das únicas certezas que podemos ter na vida. O sentimento de imortalidade que envolve os seres humanos faz com que muitos

* Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS e aprovado com grau máximo pela banca examinadora, composta pelo Prof. Me. Luís Gustavo Andrade Madeira (Orientador), pela Prof.^a Me.^a Letícia Loureiro Correa e pela Prof.^a Dr.^a Liane Tabarelli Zavascki, em 02 de julho de 2014.

** Acadêmica do Curso de Graduação em Direito na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. E-mail: le_eren@hotmail.com.

relutem em aceitar que há, inexoravelmente, um estágio final e intransponível à vida.

Os avanços na medicina lograram o aumento da expectativa e da qualidade de vida das pessoas, trazendo, contudo, a obstinação de que a vida tende a ser prolongada a todo custo, do mesmo modo de que a morte passou a ser vista como fracasso médico.

A escolha do presente tema dá-se em razão do desafio que se apresenta, pela importância de lidar com o bem mais supremo, a vida. A análise da ortotanásia e dos cuidados paliativos é feita à luz do princípio da dignidade da pessoa humana e dos princípios da bioética, visto que, conforme a medicina avança, maiores são as opções de tratamento para os pacientes, e com isso, maior pode ser o sofrimento destes ao serem submetidos a estas terapias, sem a observação dos princípios que o protegem.

A discussão envolve, em seu cerne, a difícil tarefa de delinear o transcurso da vida humana, que, diante de descobertas do próprio homem, gera o impasse entre a manutenção artificial da vida e o direito de morrer com dignidade.

Os limites éticos de atuação médica têm sido discutidos através dos princípios da bioética, quais sejam a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O objetivo dos princípios da bioética é nortear a atuação dos profissionais da medicina, de modo que atuem em conformidade com os princípios constitucionais. Nessa perspectiva, a bioética tem como principal fundamento a dignidade da pessoa humana, princípio disposto na Constituição Federal em seu artigo 1º, inciso III.

A ortotanásia é considerada a verdadeira boa morte, morte digna, pois esta irá ocorrer no momento correto, sem encurtar ou prolongar o processo de morte. Nessa perspectiva, será respeitado o curso de vida normal da pessoa, e a atenção será voltada para o conforto do paciente, visto que a ortotanásia só se aplica aos casos de doenças incuráveis e pacientes terminais.

Por conseguinte, à luz do Direito Brasileiro, a prática da ortotanásia, à primeira vista, pode parecer ilícita e inconstitucional. Por isso, devem ser corretamente distinguidos os conceitos de ortotanásia, eutanásia e distanásia. A cuidadosa análise do instituto da ortotanásia não deixa dúvida de que o tratamento de doentes terminais com meios ordinários, proposto por equipes médicas, é lícito e tem amparo legal. Dada à importância do tema, o Conselho Federal de Medicina

publicou a Resolução 1.805/2006, para tentar dar a questão da terminabilidade da vida maior plenitude.

A par disso, sob o ponto de vista médico, deve ser traçado o limite ético no que se aplica à ortotanásia. Para o médico, a decisão de não valer-se de certas terapias em pacientes terminais não significa abandonar o paciente e interromper o tratamento, mas sim, contribuir para eliminar o sofrimento e a dor, quando estas já se apresentam inúteis, fazendo uso, inclusive, de cuidados paliativos.

Dessa forma, a medicina paliativa apresenta-se como a melhor alternativa nas hipóteses de morte inevitável, de forma a humanizar o tratamento médico, promovendo a dignidade do paciente.

Por derradeiro, a conclusão encerra o presente estudo, consistindo na síntese do que foi desenvolvido durante a elaboração do presente trabalho.

1 A FUNÇÃO MÉDICA

1.1 CONCEITO DE MEDICINA

Inicialmente, há de se verificar aspectos importantes sobre a medicina, tal como seu conceito, abordado tanto como ciência e exercício da arte de curar, mas também em seu aspecto de instituição socioprofissional, cujos agentes detêm prerrogativa exclusiva de diagnosticar as enfermidades, prescrever tratamentos para enfermos e exercer as demais atividades direta e indiretamente decorrentes destas¹.

Simultaneamente à formação médica, esses profissionais assumem um papel social, que podem ser identificados em três planos. A primeira vertente diz respeito às questões econômicas, sendo seguida pela vertente tecnológica e vertente humanitária.

Os médicos exercem a função de agentes econômicos no mercado de serviços, devendo considerar a ética nesse ponto de interação com a sociedade, que pode ser definida como cliente dessa prestação de serviços, adaptando-se às necessidades e possibilidades do mercado de trabalho. E como trabalhador, adaptando-se também a seus empregadores, sejam públicos ou privados. As expressões cliente, usuário e prestador de serviço destacam a dimensão econômica,

¹ MIRANDA-SÁ JR, Luiz Salvador de. **Uma introdução à medicina**. Brasília: CFM, 2013, passim.

que deve ser a face menos importante da medicina, pois o exercício dessa não pode ser reduzido a um negócio no mercado².

Conforme o aspecto seguinte, o médico cultiva e produz conhecimento científico sobre as enfermidades, os enfermos e outros fenômenos afins, como aplicar de diferentes formas as técnicas e tecnologias provenientes de seu conhecimento. O médico é um aplicador do conhecimento, e o doente, objeto de intervenção técnica³.

Na terceira acepção, caracteristicamente humana, humanista e humanitária, o médico desempenha o papel de sujeito-agente, e o doente, por sua vez, de sujeito-paciente, podendo ser concluída em uma relação médico-paciente. Porém, essa relação não pode ser considerada como mera interação técnica ou negócio, pois assim estaria descaracterizando a essencialidade da medicina. Nessa linha, a competência técnica, ética e humana precisam coexistir.

1.2 PRINCÍPIOS

1.2.1 Dignidade da Pessoa Humana

Os limites de caráter ético que devem orientar o uso adequado ou correto (bom uso) da ciência e, particularmente, das ciências biomédicas e da genética, estão diretamente relacionados com os direitos humanos. Os direitos humanos, por sua vez, têm um denominador comum: a dignidade humana. A dignidade humana é um elemento nuclear da ética e do direito⁴.

A dignidade da pessoa humana está prevista na Constituição Federal, constituindo-se em fundamento da República Federativa do Brasil⁵. O respeito à dignidade humana leva intrinsecamente a ideia de legitimação democrática, e significa seu reconhecimento como princípio material de justiça, prévio e imanente ao Direito Positivo, o que impede que seja levado como um interesse na hipótese de

² MIRANDA-SÁ JR, Luiz Salvador de. **Uma introdução à medicina**. Brasília: CFM, 2013, passim.

³ MIRANDA-SÁ JR, Luiz Salvador de. **Uma introdução à medicina**. Brasília: CFM, 2013, passim.

⁴ CLOTET, Joaquim. Ciência e ética: onde estão os limites?. **Epistême**, Porto Alegre, n.10, jan./jun. 2000. p. 26

⁵ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. "Artigo 1º, Constituição Federal: A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do distrito federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos (...) III – a dignidade da pessoa humana."

conflito, dentro de vários interesses passíveis de consideração⁶. Cabe ao âmbito do direito contribuir para o entendimento do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o investigando a cada caso⁷. Dessa forma, este princípio gera uma força protetiva pluridimensional, de acordo com a situação de perigo que possa ameaçar os bens jurídicos constitucionalmente protegidos⁸.

A dificuldade de conceituar a dignidade da pessoa humana deve-se ao fato de que, embora seja possível afirmar que cada indivíduo nasce com dignidade, sendo esta inerente a sua existência, o seu cerne se relaciona com as manifestações da personalidade do homem, pois diz respeito, essencialmente, à condição de ser humano. Porém, para proteger o homem de condutas indignas, é preciso interpretar o que é dignidade, para saber se há ou não violação da mesma⁹.

Sendo assim, conceitua-se dignidade da pessoa humana como a qualidade intrínseca e distintiva que é reconhecida em cada cidadão que o faz merecedor de respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade. Nesse sentido, implica a cada ser humano um complexo de direitos e deveres fundamentais para que lhe sejam garantidas condições existenciais mínimas para uma vida saudável, em sociedade¹⁰. Em decorrência da dimensão social vivida, deve haver, obrigatoriamente, proteção jurisdicional para que todos os homens recebam o mesmo respeito pelo Estado e sociedade em geral¹¹.

1.3 DEONTOLOGIA MÉDICA E BIOÉTICA

1.3.1 Deontologia Médica e o Novo Código de Ética Médica

Frente às grandes inovações tecnológicas no campo da saúde, a deontologia médica deixa de ser apenas interesse daqueles que exercem a função

⁶ CASABONA, Carlos María Romeo; SÁ, Maria de Fátima Freire de Sá (Coord.). **Direito Biomédico: Espanha-Brasil**. Belo Horizonte: PUCMinas, 2011. p. 44.

⁷ PITHAN, Livia Haygert. **A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressuscitação”**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 65.

⁸ SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **Dimensões da dignidade: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005. p. 128.

⁹ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 64.

¹⁰ SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **Dimensões da dignidade: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005. p.236-237.

¹¹ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 66.

médica e passa a dizer respeito a todos, visando sanar dúvidas de como enfrentar o avanço sem ferir direitos dos pacientes. Genival França traz a ideia de que “além da questão técnica do que se *pode* fazer, surge a questão ética do que se *deve* fazer” (grifo do autor)¹².

Embora a deontologia médica seja um conjunto de regras de natureza ética, em que o médico deve inspirar-se o exercício de sua atividade profissional¹³, com caráter de permanência e adequação histórica em sua formulação, deverá haver uma harmonia entre a teoria e a prática.¹⁴ Dessa forma, é improvável que haja uma moldura axiológica rígida o suficiente para orientar uniformemente as ações no âmbito médico, visto que situações que antigamente sequer poderiam ser imaginadas pelos médicos, passam a ser vividas habitualmente em suas rotinas. Pode-se afirmar que a deontologia médica tradicional se transforma em um ramo da filosofia moral, e particularmente da ética prática¹⁵.

O Código de Ética Médica brasileiro, vigente desde 1988, admitiu em sua doutrina, dentre outras questões, avanços relativos à autonomia do paciente que provinham da recém-nascida bioética. Por conseguinte, passados vinte anos, o Conselho Federal de Medicina achou por bem reformular o documento, com o intuito de acompanhar a evolução doutrinária no que diz respeito aos avanços científicos e dilemas éticos deles decorrentes¹⁶. Destaca-se nesta atualização o reconhecimento da autonomia do paciente, concomitante com a perda da sustentação do paternalismo médico, bem como os demais princípios da bioética¹⁷.

O novo CEM vem a ser instaurado com o propósito de ser um instrumento capaz de responder com maior sutileza aos novos e velhos dilemas presentes no

¹² CLOTET, Joaquim. **Bioética**: meio ambiente, saúde pública, novas tecnologias, deontologia médica, direito, psicologia, material genético humano. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. p. 67.

¹³ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Preâmbulo. 2010. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/novocodigo/integra_preambulo.asp>. Acesso em: 07 abr. 2014.

¹⁴ CLOTET, Joaquim. **Bioética**: meio ambiente, saúde pública, novas tecnologias, deontologia médica, direito, psicologia, material genético humano. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. p. 70.

¹⁵ CLOTET, Joaquim. **Bioética**: meio ambiente, saúde pública, novas tecnologias, deontologia médica, direito, psicologia, material genético humano. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. p. 68-70.

¹⁶ BONAMIGO, Elcio Luiz. **A reforma do código de ética médica**: pontual ou estrutural? [200-?]. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br/novocodigo/artigo3.htm>> Acesso em: 22 abr. 2014.

¹⁷ SIQUEIRA, José Eduardo de. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. **Revista Bioética**, v.16, n.1, p.85-95, 2008. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/novocodigo/pdf/artigo_completo_jose_eduardo.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

dia-a-dia da profissão médica, tendo como pilar a bioética¹⁸. O Sexto Código de Ética Médica brasileiro está em vigor desde 13 de abril de 2010¹⁹.

1.3.2 Bioética

A ética e a moral variam de acordo com o lugar e o tempo, e cabe ao Direito concretizar normas éticas voltadas para a preservação da dignidade humana²⁰. O biodireito é entendido como o âmbito do direito que tem a atribuição de regular condutas humanas frente aos avanços científico-tecnológicos das ciências médicas, biomédicas e biológicas, observando constantemente a dignidade da pessoa humana²¹, e tem como fonte imediata a bioética, tendo seus princípios como pilares fundadores do biodireito na sociedade pluralista e democrática²².

A bioética é um conjunto de ideais filosóficos e morais a respeito da vida em geral, e sobre práticas médicas em particular²³. Como principal fundamento da bioética, está a dignidade da pessoa humana, na identidade humana, na autoconsciência, no respeito ao próximo, na solidariedade e no valor do corpo humano²⁴. Para identificar princípios éticos básicos que norteariam a bioética, o Congresso americano publicou em 1974 o Relatório Belmont, que definiu três princípios fundamentais para bioética: beneficência, autonomia e justiça. Em 1979, o princípio da beneficência foi desdobrado em dois, surgindo também o princípio da não maleficência²⁵.

¹⁸ SIQUEIRA, José Eduardo de. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. **Revista Bioética**, v.16, n.1, p.85-95, 2008. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/pdf/artigo_completo_jose_eduardo.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

¹⁹ Conforme Conselho Federal de Medicina. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Preâmbulo. 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_preambulo.asp>. Acesso em: 07 abr. 2014.

²⁰ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 98.

²¹ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 99.

²² PITHAN, Lívia Haygert. **A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressuscitação”**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 29.

²³ DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001. p. 12.

²⁴ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 100.

²⁵ JUNGES, José Roque. **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo: UNISINOS, 2003. p. 39-40

1.3.2.1 Princípios bioéticos básicos

1.3.2.1.1 Princípio da Autonomia

A ética médica passou a respeitar o princípio da autonomia recentemente, a partir de mudanças significativas nas relações sociais, bem como nas relações entre médicos e pacientes²⁶. Nesse contexto, a intenção é superar o paternalismo médico, ou seja, a ideia de não questionar ações dos profissionais da saúde.

Porém, isso não significa a introdução de uma perspectiva contratualista, pois a relação não se dá entre iguais, nem mesmo transferir a responsabilidade do médico ao enfermo. A responsabilidade do médico deve somar-se a promoção de subjetividade e autonomia do enfermo, respeitando seu direito de autogovernar-se, sem constrangimentos²⁷. Autonomia é a capacidade de pensar, decidir e agir, com base em tal pensamento e decisão, de modo livre e independente²⁸. Conclui-se que este princípio é ponto de referência ético para o enfermo²⁹.

Além de representar o direito do sujeito enfermo de tomar decisões sobre a própria vida³⁰, a autonomia, em contraponto, representa o dever do profissional da saúde de respeitar suas crenças religiosas e valores morais³¹.

A escolha do tratamento é um direito assegurado constitucionalmente, insculpido no artigo 5º, caput, e incisos IV, VI, VIII e X, além do artigo 19, inciso I, da Constituição Federal. Nessa linha, também discorre o Código de Ética Médica, afirmando que é direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente (capítulo II, inciso II³²), não limitando o direito do paciente de decidir livremente sobre

²⁶ LOPES, Antônio Carlos; LIMA, Carolina Alves de Souza; SANTORO, Luciano de Freitas. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos**. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 79.

²⁷ JUNGES, José Roque. **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo: UNISINOS, 2003. p. 41-43.

²⁸ PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Org.). **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Paulus, 1996. p. 57.

²⁹ JUNGES, José Roque. **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo: UNISINOS, 2003. p.40.

³⁰ PITHAN, Livia Haygert. **A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressuscitação”**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 27.

³¹ DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001. p. 15.

³² Código de Ética Médica. Resolução CFM Nº1931/2009. “Capítulo II. Direitos dos Médicos: II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Preâmbulo. 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_preambulo.asp>. Acesso em: 07 abr. 2014).

a sua pessoa e seu bem-estar (artigo 24, capítulo IV³³), bem como o direito do paciente de decidir sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo na hipótese de iminente perigo de vida (conforme artigo 31, capítulo V³⁴)³⁵.

Desse princípio decorre a exigência do consentimento livre e informado e a maneira de como tomar decisões de substituição, quando uma pessoa é incompetente ou incapaz, ou seja, quando não tem suficiente autonomia para realizar a ação de que se trate³⁶.

1.3.2.1.2 Princípio da Beneficência

Beneficência deriva do latim *bonum facere*, que significa fazer o bem³⁷, o que, no contexto médico, significa o dever ético do profissional da saúde de promover, antes de tudo, o bem do paciente, é a atitude positiva de assistir os pacientes³⁸. O princípio da beneficência apresenta-se como regulador das instâncias éticas da profissão médica e de toda estrutura deontológica profissional³⁹, encontrando sua previsão legal nos artigos 2º e 6º dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica⁴⁰.

³³ Código de Ética Médica. Resolução CFM Nº1931/2009. “Capítulo IV. Direitos Humanos: Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Preâmbulo. 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_preambulo.asp>. Acesso em: 07 abr. 2014).

³⁴ Código de Ética Médica. Resolução CFM Nº1931/2009. “Capítulo V. Relação com os pacientes e familiares: Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Preâmbulo. 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_preambulo.asp>. Acesso em: 07 abr. 2014).

³⁵ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 101-102.

³⁶ PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Org.). **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Paulus, 1996. p 52-53.

³⁷ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 102.

³⁸ LOPES, Antônio Carlos; LIMA, Carolina Alves de Souza; SANTORO, Luciano de Freitas. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos**. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 78.

³⁹ JUNGES, José Roque. **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo: UNISINOS, 2003. p. 45.

⁴⁰ Código de Ética Médica. Resolução CFM Nº1931/2009. “Capítulo I. Princípios Fundamentais: II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional. VI - O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Preâmbulo. 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_preambulo.asp>. Acesso em: 07 abr. 2014).

A intenção beneficente do médico passa a ser problematizada à medida que deve ser respeitada a vontade do paciente. Para aplicação correta deste princípio, é preciso estabelecer o que é bom para o paciente, evitando o paternalismo médico em excesso, ou então o abuso do autonomismo. A autonomia serve à beneficência, para que esta não seja redutiva e desrespeitosa, da mesma forma que a beneficência está à serviço da autonomia, para que haja um consentimento informado e competente⁴¹.

1.3.2.1.3 Princípio da Não Maleficência

O princípio da não maleficência é um desdobramento do princípio da beneficência, também sendo considerado ponto de referência para o médico. Origina-se do latim *primum no nocere*, que se traduz em primeiro não prejudicar⁴², determinando o dever do médico de abster-se de prejudicar o enfermo⁴³.

Este princípio indica que o médico não deve submeter, de forma intencional, o paciente a um dano ou risco de dano desnecessário, sem que haja benefício ao paciente. Em decorrência do princípio da não maleficência, não poderá o médico realizar condutas buscando a manutenção da vida do paciente a qualquer custo, através de tratamento fútil e ineficaz, na hipótese de morte iminente e inevitável. Nessa linha, se faz importante a análise da beneficência e não maleficência, diante da possibilidade de conflito entre a dignidade humana e o direito à vida⁴⁴.

1.3.2.1.4 Princípio da Justiça

O princípio da justiça postula sobre a imparcialidade na distribuição de riscos e benefícios pelos profissionais da área da saúde⁴⁵, visto que os iguais devem ser

⁴¹ JUNGES, José Roque. **Bioética**: perspectivas e desafios. São Leopoldo: UNISINOS, 2003. p. 46-47.

⁴² SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna**: o direito do paciente terminal. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 103-104.

⁴³ DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001. p. 16.

⁴⁴ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna**: o direito do paciente terminal. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 104-105.

⁴⁵ Segundo Relatório Belmont: Quem deve receber os benefícios da pesquisa e os riscos que ela acarreta? Esta é uma questão de justiça, no sentido de “distribuição justa” ou “o que é merecido”. Uma injustiça ocorre quando um benefício que uma pessoa merece é negado sem uma boa razão, ou quando algum encargo lhe é imposto indevidamente. Uma outra maneira de conceber o Princípio da Justiça é que os iguais devem ser tratados igualmente. Entretanto esta proposição necessita uma

tratados igualmente⁴⁶. Nesse contexto, o menos favorecidos deve ter uma posição equivalente ao mais favorecido⁴⁷, direito firmado no artigo 10 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos⁴⁸.

A sociedade e instituições da área médica poderão apoiar-se no princípio da justiça no tratamento de questões relativas à vida e à saúde dos seres humanos. Dessa forma, para que apareça o verdadeiro significado desse princípio, é preciso o complemento da não maleficência, pois esse último não pode reduzir-se apenas à dimensão individual, mas deve englobar toda dimensão social, de modo a não prejudicar a saúde de qualquer sujeito por discriminação social⁴⁹.

2 ORTOTANÁSIA: DIREITO À MORTE DIGNA

2.1 CONCEITO

A origem da denominação de ortotanásia é atribuída a Jacques Roskam, professor da Universidade de Liege, na Bélgica, que em 1950, trouxe a ideia de que entre a eutanásia e a obstinação terapêutica, existiria uma possibilidade de morte justa⁵⁰. Eduardo Cabette traz ao contexto de definição da ortotanásia a lição aristotélica da virtude como “medianidade”, nessa perspectiva, sua criação estava oposta tanto à eutanásia, quanto à distanásia, surgindo como uma “mediania entre dois vícios”⁵¹.

explicação. Quem é igual e quem é não-igual? Quais considerações justificam afastar-se da distribuição igual? (...) Existem muitas formulações amplamente aceitas de como distribuir os benefícios e os encargos. Cada uma delas faz alusão a algumas propriedades relevantes sobre as quais os benefícios e encargos devam ser distribuídos. Tais como as propostas de que: a cada pessoa uma parte igual; a cada pessoa de acordo com a sua necessidade; a cada pessoa de acordo com o seu esforço individual; a cada pessoa de acordo com a sua contribuição à sociedade; a cada pessoa de acordo com seu mérito. GOLDIM, José Roberto. **Princípio da justiça**. 1998. Disponível em: <www.ufrgs.br/bioetica/justica.htm>. Acesso em: 16 abr. 2014.

⁴⁶ DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001. p. 16

⁴⁷ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 105.

⁴⁸ “Artigo 10: Igualdade, justiça e equidade. A igualdade fundamental de todos os seres humanos em dignidade e em direitos deve ser respeitada para que eles sejam tratados de forma justa e equitativa”. (UNESCO. **Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos**. Tradução de: Ana Tapajós e Mauro M. do Prado. Revisão: Volnei Garrafa. Paris, 2005. Disponível em: <<http://www.sbbioetica.org.br>>. Acesso em: 16 abr. 2014).

⁴⁹ JUNGES, José Roque. **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo: UNISINOS, 2003. p. 54.

⁵⁰ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p.132.

⁵¹ CABETTE, Eduardo Luiz Santos. **Eutanásia e Ortotanásia: comentários à Resolução 1.805/06 CFM**. Aspectos éticos e jurídicos. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2013. p. 25.

Etimologicamente, ortotanásia advém do grego “ortho” (normal, correta) e “thánatos” (morte), designando, portanto, a “morte natural ou correta”. Assim sendo, a ortotanásia consiste na morte a seu tempo, sem abreviação do período vital, nem prolongamentos irracionais do processo de morrer. É a morte correta, mediante a abstenção, supressão ou limitação de todo tratamento fútil, extraordinário ou desproporcional, ante a iminência da morte do paciente, morte esta a que não se busca – pois o que se pretende aqui é humanizar o processo de morrer, sem prolongá-lo abusivamente –, nem se provoca – já que resultará da própria enfermidade da qual o sujeito padece⁵².

Nesse sentido, a morte do paciente ocorre dentro de uma situação de terminabilidade da vida, visto que não se inicia com uma ação médica, e sim, pela interrupção de medidas extraordinárias, como o objetivo de minorar-lhe o sofrimento⁵³.

Fica claro o reconhecimento da condição humana de mortalidade, bem como a aceitação de que o conhecimento biomédico é limitado. Acima de tudo, a função do médico de beneficência ao seu paciente é assumida, como consequência clara do princípio da dignidade da pessoa humana⁵⁴.

A preocupação com a qualidade de vida do ser humano é, cada vez mais, reivindicada no momento da morte, para que esse processo natural aconteça de forma digna. A morte digna ocorre quando o paciente tem direito a escolher submeter-se à manobras tecnológicas que farão que sua vida seja prolongada, o que poderá, da mesma forma, prolongar seu sofrimento. Nessa perspectiva, há um “apelo ao direito de viver uma morte de feição humana (...) que significa o desejo de reapropriação da sua própria morte, não objeto da ciência, mas sujeito da existência”⁵⁵.

O que caracteriza a ortotanásia é a escolha de terapias apropriadas ao caso em concreto, não importando no abandono do tratamento do doente. A decisão do médico será de não insistir em determinadas formas de terapia - como hidratações, utilização de aparelhos invasivos, cirurgias e outras - que podem lhe causar maior

⁵² CABETTE, Eduardo Luiz Santos. **Eutanásia e Ortotanásia**: comentários à Resolução 1.805/06 CFM. Aspectos éticos e jurídicos. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2013. p. 24, 25.

⁵³ BORGES, Gustavo Silveira. Uma breve reflexão interdisciplinar acerca da eutanásia passiva. **Revista de Estudos Criminais**, Sapucaia do Sul, RS, n.21, p.159-177, jan./mar. 2006. p. 164.

⁵⁴ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna**: o direito do paciente terminal. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p.133.

⁵⁵ SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (Org.). **Biodireito**: ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001. p. 284-285.

sofrimento, sem a garantia de sucesso na postergação do desfecho fatal, para fazer uso de outras, possibilitando o aumento no conforto do enfermo. É provável que a terapia escolhida, dessa forma, seja por tratar um doente que sofre, e não a doença incurável⁵⁶.

Faz-se necessária a distinção entre as terminologias ortotanásia, eutanásia e distanásia, visto que se tratam de situações jurídicas diversas, e serão percebidas em diferentes situações fáticas. Porém, é imprescindível que se dê atenção não somente à nomenclatura jurídica, mas também aos fatos em si. O estado de saúde em que se encontra o paciente distingue um instituto do outro⁵⁷.

2.1.1 Eutanásia

Eutanásia advém do grego *eu*, que significa boa, e *thánatos*, morte, tendo sua interpretação como uma morte boa, sem dor ou sofrimento⁵⁸. Segundo Luciano Santoro, “eutanásia é o ato de privar a vida de outra pessoa, acometida por uma afecção incurável, por piedade e em seu interesse, para acabar com o sofrimento e dor”⁵⁹. Portanto, só se pode falar em eutanásia quando alguém padece de grave sofrimento físico e – ou – moral⁶⁰.

A eutanásia pode ter classificações diversas, tendo como principal distinção entre ativa, sendo essa direta ou indireta, e passiva.

Eutanásia ativa diz respeito ao ato de ajudar à morte para suprimir ou paliar sofrimentos do sujeito doente⁶¹, a morte será resultado de ação direta do médico ou de pessoa qualquer⁶². É o próprio ato de matar o doente terminal⁶³.

⁵⁶ GARCIA, Iberê Anselmo. Aspectos médicos e jurídicos da eutanásia. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v.15, n.67, p.253-275, jul./ago. 2007. p. 262.

⁵⁷ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna**: o direito do paciente terminal. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 107-108.

⁵⁸ CABETTE, Eduardo Luiz Santos. **Eutanásia e Ortotanásia**: comentários à Resolução 1.805/06 CFM. Aspectos éticos e jurídicos. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2013. p. 19.

⁵⁹ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna**: o direito do paciente terminal. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 117.

⁶⁰ GOMES, Luiz Flávio. Eutanásia: Dono da Vida, o Ser Humano é Também Dono da Sua Própria Morte? **Revista Magister de Direito Penal e Processual Penal**, Porto Alegre, n.4, p.5-10, fev./mar. 2005. p. 5.

⁶¹ SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (Org.). **Biodireito**: ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001. p. 289.

⁶² SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna**: o direito do paciente terminal. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 118

⁶³ GOMES, Luiz Flávio. Eutanásia: Dono da Vida, o Ser Humano é Também Dono da Sua Própria Morte? **Revista Magister de Direito Penal e Processual Penal**, Porto Alegre, n.4, p.5-10, fev./mar. 2005. p. 7.

Na eutanásia ativa direta, a ação visa a morte do paciente, mediante atos positivos – por exemplo, podem ser utilizados fármacos para provocar a morte. Já na forma indireta, a conduta positiva não tem como finalidade abreviar a vida, mas sim, aliviar a dor insuportável, porém desta ação será derivada a morte – como, por exemplo, no caso de utilizar-se de analgésicos para minorar o sofrimento do paciente, o que levará, como efeito secundário a morte.⁶⁴ Trata-se da eutanásia pura e genuína, em que “se procura prestar assistência humanitária ao doente, aliviando seu sofrimento físico e psíquico, mas sem ter foco principal a eliminação da vida, a qual decorre como mera consequência inevitável”.⁶⁵

Nos casos de eutanásia passiva, omitem-se ou suspendem-se os procedimentos médicos ordinários ou proporcionados que podem prolongar a vida do paciente, antecipando a morte deste⁶⁶, sendo assumida, em regra, por uma pessoa de confiança, como médicos e ajudantes, ou então parentes próximos⁶⁷.

Embora sutil, a distinção entre eutanásia passiva e ortotanásia tem toda relevância, na medida em que responde pela diferença de tratamento jurídico proposto: a licitude desta e a ilicitude daquela. Na eutanásia passiva, omitem-se ou suspendem-se arbitrariamente condutas que ainda eram indicadas e proporcionais, que ainda poderiam beneficiar o paciente. Já as condutas médicas restritivas são lastreadas em critérios médico-científicos de indicação ou não-indicação de uma medida, conforme a sua utilidade para o paciente, optando-se conscienciosamente pela abstenção, quando a medida já não exerce a função que deveria exercer, servido somente para prolongar artificialmente, sem melhorar a existência terminal. Não há, portanto, que se identificar genericamente eutanásia passiva e ortotanásia. A ortotanásia, aqui configurada pelas condutas médicas restritivas, é o objetivo médico, quando já não se pode buscar a cura: visa a prover o conforto do paciente, sem interferir no momento da morte, sem encurtar o tempo natural de vida nem adiá-lo indevida e artificialmente, para que a morte chegue na hora certa, quando o organismo efetivamente alcançou um grau de deterioração incontornável.⁶⁸

Embora possam assemelhar-se, a ortotanásia e a denominada eutanásia passiva não tem “identidade conceitual”⁶⁹. O que as aproxima, de fato, é a mesma

⁶⁴ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 118-119.

⁶⁵ CABETTE, Eduardo Luiz Santos. **Eutanásia e Ortotanásia: comentários à Resolução 1.805/06 CFM. Aspectos éticos e jurídicos**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2013. p. 23.

⁶⁶ CABETTE, Eduardo Luiz Santos. **Eutanásia e Ortotanásia: comentários à Resolução 1.805/06 CFM. Aspectos éticos e jurídicos**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2013. p. 24.

⁶⁷ ROXIN, Claus. A apreciação Jurídico-penal da Eutanásia. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v.8, n.32, p.9-38, out./dez. 2000. p. 18.

⁶⁸ VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida**. Rio de Janeiro: Forense, 2005. p. 80.

⁶⁹ CABETTE, Eduardo Luiz Santos. **Eutanásia e Ortotanásia: comentários à Resolução 1.805/06 CFM. Aspectos éticos e jurídicos**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2013. p. 24.

motivação, qual seja, o agir com compaixão ao próximo, dando-lhe a oportunidade de uma morte sem dor ou sofrimento, proveniente da omissão na prestação de continuidade do tratamento. De outro lado, há divergência no momento em que se inicia o processo mortal. No que se refere à ortotanásia, a causa da morte já se iniciou, de outra sorte, na eutanásia passiva a omissão é que inicia o resultado morte⁷⁰.

2.1.2 Distanásia

No que tange à distanásia, fala-se do comportamento médico em que há um excesso na luta pela vida do enfermo⁷¹, em uma realidade em que tudo deve ser feito, mesmo com o sofrimento do paciente – ocasionando uma morte lenta. Com efeito, a luta é, efetivamente, pelo prolongamento do processo mortal. A distanásia pode, também, ser denominada como obstinação terapêutica, ou futilidade médica.⁷² Diz respeito ao excesso de medidas terapêuticas que não levam à cura, mas que impõem ao doente sofrimento e dor. O tratamento fútil é aquele tratamento que é ineficaz, não atingindo seus objetivos com o paciente e não oferecendo melhorias na qualidade de vida deste⁷³.

Devem ser observados os princípios da relação médico-paciente para verificação dos limites de ação do médico, pois, em consonância com o princípio da autonomia, o médico não poderá impor medidas heroicas ao paciente. A dignidade da pessoa humana obsta que o médico submeta o paciente a tratamento desumano e degradante, da mesma forma que o princípio da não maleficência impede que seja causado qualquer dano ao paciente⁷⁴.

2.2 POSSIBILIDADE JURÍDICA DA ORTOTANÁSIA

A tutela da vida digna pressupõe sua garantia em todos os momentos da existência do homem, inclusive no processo natural de sua morte. A denominada

⁷⁰ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 138.

⁷¹ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 128.

⁷² DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001. p. 316.

⁷³ DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001. p. 317-318.

⁷⁴ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 130-131.

morte digna será aquela pautada não só no máximo de cuidado médico, por meio de cuidados paliativos, mas também aquela na qual há o respeito às crenças e aos valores de cada indivíduo⁷⁵.

Ademais, o direito à vida mesmo sendo um direito fundamental, este não é absoluto, admitindo-se intervenções, desde que estas, de forma alguma, vão contra os valores constitucionais. Da mesma forma, o princípio da dignidade da pessoa humana, sendo este de máxima importância, deve ser respeitado em toda e qualquer atividade, mesmo não sendo, igualmente, absoluto. Então, para que seja resolvido o choque entre a indisponibilidade do direito à vida e a obrigação ao respeito da dignidade da pessoa humana, deve ser ponderada a expectativa de vida caso a caso.

Enquanto houver qualquer chance de cura, ainda que mínima, persiste o dever do médico de salvar seu paciente, assegurando o direito à vida em primeiro lugar. Por outro lado, quando a morte for iminente e inevitável, não podendo a vida mais ser preservada, o médico deverá adotar medidas que protejam e respeitem a dignidade, abstendo-se, dessa forma, de práticas que submetam o paciente à tratamento fútil. Nessa linha, deve haver proporcionalidade entre a relação meio e o fim, devendo ser essa adequada, necessária e vantajosa, de modo que de nada adiantam os tratamentos curativos se a doença está em fase terminal⁷⁶.

Por conseguinte, é clara a licitude do instituto da ortotanásia, visto que, embora o médico deva assistir seu paciente enfermo, em casos de doença incurável, não há qualquer finalidade ao prosseguir com o tratamento curativo.

Para que haja uma situação ortotanásica, e esteja ausente o dever de agir do médico, é indispensável a presença de alguns requisitos: a) a vida do paciente deve estar em perigo, sendo a morte, dessa forma, inevitável; b) o paciente e seus familiares devem estar consentindo na interrupção do tratamento e sua concomitante conversão em cuidados paliativos; c) por fim, a postura dos médicos e profissionais da saúde envolvidos deve visar o bem estar do paciente, razão pela qual estes não poderão deixar de ampará-lo, fazendo uso da medicina paliativa.⁷⁷

⁷⁵ LOPES, Antônio Carlos; LIMA, Carolina Alves de Souza; SANTORO, Luciano de Freitas. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos.** São Paulo: Atheneu, 2011. p. 64.

⁷⁶ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal.** 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 174.

⁷⁷ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal.** 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 162.

O Conselho Federal de Medicina, considerando a dignidade humana como princípio fundamental, editou a Resolução 1.805, publicada em 28.11.2006, tratando sobre o instituto da ortotanásia, para comunicar aos seus inscritos que é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente terminal, desde que seja respeitado o princípio da autonomia.⁷⁸ Ademais, é vedada a submissão à tortura ou tratamento médico desumano e degradante, cabendo ao médico zelar pelo bem-estar do paciente⁷⁹.

Nessa direção, a Resolução descreve que é competência do médico diagnosticar o doente como portador de enfermidade em fase terminal, esclarecendo ao enfermo e seus familiares quais os procedimentos possíveis e adequados para sua situação.⁸⁰ Considerando os tratamentos possíveis, o médico têm, ainda, a obrigação de emprestar ao doente cuidados paliativos, visando, a todo momento, assegurar seu bem-estar físico, psíquico, social e espiritual.⁸¹

Visto que a ortotanásia não configura crime de homicídio, pois não há dever legal de agir do médico, indispensável para caracterização do delito, é possível que o CFM regule essa atividade, conforme disposição da Lei 3.268/57, que em seu artigo 2º deixa clara a posição do Conselho de supervisionar, julgar e disciplinar a atividade da classe médica⁸².

Com a aprovação da Resolução 1.805/06, o CFM teve como objetivo a confirmação de que é eticamente possível ao médico limitar ou suspender procedimentos que prolonguem a vida do doente terminal⁸³, não convalidando a eutanásia. Afora isso, afirma que a decisão sobre o emprego da ortotanásia não é conferida apenas aos profissionais da medicina, devendo ser compartilhada a responsabilidade das decisões com o doente e seus representantes legais⁸⁴.

⁷⁸ Artigo 1º da Resolução CFM 1.805/06.

⁷⁹ Artigo 2º da Resolução CFM 1.805/06.

⁸⁰ Artigo 1º, §1º da Resolução CFM 1.805/06.

⁸¹ Artigo 2º da Resolução CFM 1.805/06.

⁸² Regulamento dos Conselhos Regionais de Medicina. Lei nº. 3.268 de 30 set de 1957. "Art . 2º O conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente." (BRASIL. **Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.** Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3268.htm>. Acesso em: 05 maio 2014).

⁸³ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal.** 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 165.

⁸⁴ CABETTE, Eduardo Luiz Santos. **Eutanásia e Ortotanásia: comentários à Resolução 1.805/06 CFM. Aspectos éticos e jurídicos.** 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2013. p. 35.

Assim, a Resolução 1.805/2006 do CFM é perfeitamente constitucional e legal, não ferindo as normas infraconstitucionais, especialmente o Código Penal. Atende também, de outra parte, aos princípios bioéticos e da ética médica, indo ao encontro do que é aceito de forma ampla pela sociedade em seu senso comum⁸⁵.

O novo Código de Ética Médica, vigente desde 14 de abril de 2010, trata da relação médico-paciente, impondo aos profissionais da medicina a obrigação de prestar cuidados paliativos. Ainda que não tenha tratado especificamente da ortotanásia, como o fez na Resolução 1.805/06, não resta dúvida sobre a proibição da distanásia pelo Conselho, entendimento do artigo 41 do Novo CEM⁸⁶.

Ainda que de forma indireta, a disposição do Novo CEM resguarda de forma ética a ação dos médicos frente a um paciente terminal, respondendo quaisquer dúvidas que possam surgir a respeito da cessação de atos que levariam a um tratamento inútil ao paciente⁸⁷.

3 MEDICINA PALIATIVA

3.1 CONCEITO

A função curadora da medicina engloba o curar e o cuidar, e a *cura* pode ser entendida em um sentido amplo, mesmo naqueles casos em que a medicina não pode curar. Efetivamente, a medicina pode *curar* ao ajudar efetivamente a pessoa a conviver com doenças permanentes⁸⁸.

Segundo a Organização Mundial da Saúde:

Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a

⁸⁵ GARCIA, Iberê Anselmo. Aspectos médicos e jurídicos da eutanásia. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v.15, n.67, p.253-275, jul./ago. 2007. p 273.

⁸⁶ Código de Ética Médica. Resolução CFM N°1931/2009. "Capítulo V. Relação com os pacientes e familiares: Artigo 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal." (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Preâmbulo. 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_preambulo.asp>. Acesso em: 07 abr. 2014).

⁸⁷ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna**: o direito do paciente terminal. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 171.

⁸⁸ PESSINI, Leocir. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? 2. ed. São Paulo: Loyola, 2007. p. 58-59

continuidade da vida, por meio de prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual⁸⁹.

Pode ainda, ser definido o cuidado paliativo como “uma especialidade médica que consiste em atenção ativa, integral e individualizada aos pacientes com doença fora de possibilidade terapêutica de cura”⁹⁰. Nesse sentido, a morte é reconhecida como inevitável, e o foco é torná-la mais humana⁹¹.

No cerne do *hospice*, ou centro de cuidado paliativo, encontra-se a pessoa e a sua qualidade de vida. A prioridade é o cuidado, e não exatamente a cura⁹², tendo, nessa perspectiva, o cuidado ativo e total com os pacientes cuja doença não responde mais aos tratamentos curativos⁹³.

Os cuidados paliativos possibilitam o máximo de bem-estar ao paciente em sua hora final, assim, pode falar-se em saúde do doente crônico ou terminal⁹⁴. Para que o sofrimento do paciente seja controlado, esse necessita ter certeza de que não será abandonado, e que suas preocupações e ansiedades não serão ignoradas⁹⁵. A medicina paliativa abrange cuidados com as necessidades físicas, psicológicas, espirituais e, se necessário, prolonga-se essa atenção até o momento do luto, observada a assistência à família⁹⁶.

São disciplinados três pilares básicos na execução da medicina paliativa, que são o alívio dos sintomas, apoio psicossocial e trabalho em equipe e associação. Fala-se em trabalho em equipe e associação porque esse grupo de pessoas está empenhado em possibilitar um bem estar global para o paciente e sua

⁸⁹ Segundo Instituto Nacional do Câncer. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Cuidados paliativos**. c1996-2014. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474>. Acesso em: 14 maio 2014).

⁹⁰ ALVARENGA, Ronize Espíndola. **Cuidados Paliativos Domiciliares**: percepções do paciente oncológico e de seu cuidador. Porto Alegre: Moriá, 2005. p. 43.

⁹¹ DRANE, James; PESSINI, Leo. **Bioética, medicina e tecnologia**: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. Tradução de: Adail Sobral, Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2005. p. 129.

⁹² GARrafa, Volnei. PESSINI, Leo (Org.). **Bioética**: poder e injustiça. 2. ed. São Paulo: Loyola, out. 2004. p. 417.

⁹³ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. **Desafios éticos**. Porto Alegre: Stampa, 2006. p. 51.

⁹⁴ LOPES, Antônio Carlos; LIMA, Carolina Alves de Souza; SANTORO, Luciano de Freitas. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia**: aspectos médicos e jurídicos. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 65.

⁹⁵ DRANE, James; PESSINI, Leo. **Bioética, medicina e tecnologia**: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. Tradução de: Adail Sobral, Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2005. p. 134.

⁹⁶ ALVARENGA, Ronize Espíndola. **Cuidados Paliativos Domiciliares**: percepções do paciente oncológico e de seu cuidador. Porto Alegre: Moriá, 2005. p. 43.

família, de modo que esses cuidados serão melhor administrados. Nessa linha, há uma abordagem multiprofissional, de modo a atender todos os aspectos necessários, não só no âmbito médico, mas também em aspectos sociais, psicológicos e espirituais⁹⁷.

Para que o paciente seja indicado à assistência do *hospice*, deve ter sido feito um prognóstico da doença, onde se tenha elaborado a estimativa e probabilidade de um desfecho fatal, preenchendo dessa forma o requisito de incurabilidade, e, na mesma direção, a expectativa de vida deste paciente deve ser avaliada em seis meses ou menos, tratando-se do requisito de terminabilidade. A doença deve estar em fase terminal, seja ela crônica, progressiva ou infecciosa⁹⁸.

A abordagem dos cuidados paliativos pode, todavia, ser concomitante às abordagens curativas, pois, à medida que o tratamento progride e o tratamento curativo perde o poder de oferecer um controle razoável, da mesma forma a medicina paliativa cresce, surgindo como necessidade absoluta na fase de incurabilidade da doença.

Os pacientes da medicina paliativa, muitas vezes, são dispensados de internação, e, dado algum tempo, voltam às unidades de tratamento. Desde que supridas determinadas condições, tais como haver à disposição do paciente, permanentemente, uma pessoa treinada e a possibilidade de visitas pela equipe multidisciplinar ao domicílio, acredita-se que o paciente em fase terminal terá maior sucesso na terapia paliativa em sua casa. Além do mais, deve ser respeitado o desejo do enfermo, como de seus familiares, de passar momentos finais de sua vida no seu lar⁹⁹.

O paciente, ou seu representante legal, no caso de um paciente incapaz, tem o poder de escolher se aceita ou não as intervenções médicas propostas. Supõe-se que, pelo ponto de vista da ética contemporânea, que o paciente seja capaz de entender e escolher em liberdade, dessa maneira não se leva em consideração o impacto da dor e do sofrimento no processo de morrer. Porém, o sofrimento, em especial, tende a dirigir o raciocínio das decisões para longe da avaliação prudente. Por isso, os profissionais que lidam com esses pacientes devem

⁹⁷ ALVARENGA, Ronize Espíndola. **Cuidados Paliativos Domiciliares**: percepções do paciente oncológico e de seu cuidador. Porto Alegre: Moriá, 2005. p. 43-44.

⁹⁸ ALVARENGA, Ronize Espíndola. **Cuidados Paliativos Domiciliares**: percepções do paciente oncológico e de seu cuidador. Porto Alegre: Moriá, 2005. p. 46.

⁹⁹ ALVARENGA, Ronize Espíndola. **Cuidados Paliativos Domiciliares**: percepções do paciente oncológico e de seu cuidador. Porto Alegre: Moriá, 2005. p. 50.

estar preparados para empenhar-se em romper o isolamento criado pela dor e pelo sofrimento, certificando-se que o paciente não tome decisões que lhe sejam prejudiciais. No caso de pacientes moribundos, os seus representantes legais deverão tomar as decisões, e no caso do doente não ter família, nem um representante capaz de decidir, o praticante dos cuidados paliativos pode ter de escolher o que é melhor para esse paciente, que está privado de competência¹⁰⁰.

Doenças terminais como o câncer, por exemplo, têm como única alternativa a medicina paliativa, visto que a estrutura para diagnóstico precoce e as unidades de medicina preventiva não são suficientes para prevenir o crescimento de casos em países emergentes. A par disso, a OMS, demonstrando preocupação com o aumento de casos sem possibilidade de tratamento curativo, preconiza e estimula o crescimento de profissionais e equipes especializadas em medicina paliativa¹⁰¹.

4 OBJEÇÃO OU PRERROGATIVA DO MÉDICO FRENTE À ORTOTANÁSIA E MEDICINA PALIATIVA

Frente à morte iminente e inevitável, a ortotanásia se apresenta como comportamento do médico que suspende a realização de atos para prolongar a vida do paciente, atos considerados inúteis, e que levariam o paciente a um sofrimento desnecessário¹⁰². É uma conduta respeitosa do médico perante a naturalidade do curso de vida do doente terminal, que deverá ter seu fim no momento próprio, respeitando-se a dignidade do ser humano – visto que o paciente não será submetido a uma verdadeira tortura terapêutica.¹⁰³ O médico passa a oferecer cuidados paliativos adequados para que venha a falecer com dignidade, pois o curso normal da vida levará todos os humanos, inexoravelmente, à morte, razão pela qual os tratamentos curativos deverão ser implantados somente quando a cura for possível¹⁰⁴.

¹⁰⁰ GARRAFA, Volnei. PESSINI, Leo (Org.). **Bioética: poder e injustiça**. 2. ed. São Paulo: Loyola, out. 2004. p. 426

¹⁰¹ ANDRADE FILHO, Antônio Carlos de Camargo. **Medicina Paliativa**. [2000-?]. Disponível em: <<http://www.terapiador.com.br/>>. Acesso em: 08 maio 2014.

¹⁰² SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 133.

¹⁰³ LOPES, Antônio Carlos; LIMA, Carolina Alves de Souza; SANTORO, Luciano de Freitas. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos**. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 625.

¹⁰⁴ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 133.

Se a compreensão da morte for de um processo natural e final da vida, e não como um fracasso médico, a ortotanásia será concebida como um procedimento pautado no respeito à morte digna, o que possibilitará a humanização do processo de morte. Afinal, se todo o processo da vida deve ser pautado pelo respeito à dignidade, não há dúvida que o processo de morte também deverá ser guiado pelo mesmo princípio¹⁰⁵.

Defende-se, desse modo, a relativização do tratamento ao doente terminal com base na prática da proporcionalidade. Existe obrigação moral de implementar todas as medidas terapêuticas possíveis, que tenham proporção entre os meios empregados e o resultado previsível, nessa perspectiva, se as intervenções são consideradas desproporcionais, não podendo alcançar resultados aceitáveis, não são moralmente obrigatórias¹⁰⁶. O dever de assistência médica, desse modo, é limitado conforme a proporcionalidade da assistência à situação, pois de nada adianta propor tratamentos curativos à um paciente com doença incurável. Contudo, não quer dizer que pacientes cuja doença é incurável não serão assistidos, mas apenas refere-se a evitar o uso de terapias excessivas e inúteis, as quais seriam adequadamente utilizadas em pacientes reversíveis. Em suma, há uma adequação dos meios terapêuticos em relação à finalidade do atendimento médico¹⁰⁷.

Determinar se uma intervenção é moralmente extraordinária, e, portanto que não deve ser iniciada, ou que deve ser descontinuada, não é negar a pessoa do paciente ou desvalorizar a dignidade da pessoa. Da mesma forma, o realizar tal procedimento e descontinuí-lo não implica necessariamente que seja a intenção do médico ou da família abreviar a vida do paciente. Pode ser simplesmente o reconhecer que determinada intervenção proposta não ajuda na restauração da saúde do paciente, ou que o paciente está morrendo, ou numa condição que levará à morte e que a obrigação moral é acompanhar essa pessoa na sua jornada final. A intenção pode ser também de respeitar os desejos do paciente¹⁰⁸.

Deve-se lembrar do papel do médico na sociedade: curar doenças e ferimentos, preservar a vida e aliviar sofrimentos. Quando essas questões entram

¹⁰⁵ MAGALHÃES, Leslei Lester dos Anjos. **O princípio da Dignidade da Pessoa Humana e o Direito à vida**. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 145-146.

¹⁰⁶ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. **Desafios éticos**. Porto Alegre: Stampa, 2006. p. 46.

¹⁰⁷ PITHAN, Livia Haygert. **A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressuscitação”**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 52.

¹⁰⁸ BASTOS, Antônio Francisco; PALHARES, Fortunato Antônio Badam; MONTEIRO, Antônio Carlos Cesaroni (Coord.) **Medicina Legal para não-legistas**. Campinas: Copola, 1998. p. 252.

em conflito essencialmente ético, devem ser foco de atenção os princípios bioéticos para que haja resolução segura¹⁰⁹, quais sejam o princípio da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

É indispensável, no entanto, estabelecer requisitos para a realização da ortotanásia: o início do processo mortal e a ausência de qualquer possibilidade de salvar o paciente. Isto porque, se houver a mínima chance de salvar o paciente, ainda que remota, o médico deve continuar no tratamento que, em hipótese alguma, poderá ser considerado inútil. Suprimido o tratamento heroico, mas inútil, o médico deve continuar a prestar assistência ao seu paciente, para que sua morte seja minimamente sofrida e dolorosa, confortando-o¹¹⁰.

Há defensores da obstinação terapêutica, que acreditam que o médico terá o dever de atuar enquanto houver vida, porém, o direito à vida, nesta concepção, não é absoluto, e o diagnóstico do paciente já compõe a terminabilidade. O médico sabe que não tem condições de garantir a vida daquele paciente, dessa forma, a incumbência do médico é minimizar o sofrimento do paciente. Nessa linha, de forma alguma há o abandono do paciente, mas as formas de tratamento serão adequadas, com a prestação de cuidados paliativos¹¹¹.

Percebe-se, refletindo sobre o caráter humano do instituto da ortotanásia, que a medicina paliativa é muito próxima dessa filosofia, e constitui-se em resposta ideal em situações em que os pacientes já iniciaram o processo de morte, com naturalidade. Por mais que a doença já esteja em grau avançado, há sempre algo que pode ser feito pelo paciente, para que enfrente o final da vida de forma mais digna, com conforto e paz.

É preciso dar ênfase ao paradigma de cuidar e não de curar, procurando aliviar o sofrimento. Não há como evitar a morte; ela sempre existiu e existirá; a vulnerabilidade humana é inevitável, por maior que seja o avanço da tecnologia médica. “O ser humano pode ser curado de uma doença mortal, mas não de sua mortalidade¹¹².”

¹⁰⁹ BASTOS, Antônio Francisco; PALHARES, Fortunato Antônio Badam; MONTEIRO, Antônio Carlos Cesaroni (Coord.) **Medicina Legal para não-legistas**. Campinas: Copola, 1998. p.252.

¹¹⁰ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 133.

¹¹¹ SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal**. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. p. 156.

¹¹² DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001. p. 326.

CONCLUSÃO

Em princípio, demonstrou-se a importância da função médica na sociedade, dividida em três acepções, sejam elas econômicas, tecnológicas e humanas. Neste último plano de atuação, encontra-se a função prioritária do médico, que formado, deverá desempenhar suas funções prerrogativas de diagnosticar e tratar os enfermos, com base em princípios éticos.

A deontologia médica será, por conseguinte, o conjunto de regras em que a atuação dos profissionais da medicina deverá basear-se, apresentando-se o Código de Ética Médica como ditador dos princípios a serem seguidos. A atualização do Código de Ética Médica brasileiro em 2010 tem como principal mudança o reconhecimento da autonomia do paciente, que faz parte da bioética.

A bioética é entendida como o estudo da vida, e, da mesma forma, servirá como base para a moralidade médica. Seus princípios – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça - têm como principal fundamento a dignidade da pessoa humana, e deverão ser o esteio de todas as relações entre médicos e pacientes.

O princípio da dignidade da pessoa humana, por sua vez, é uma qualidade intrínseca e distintiva que é reconhecida em cada cidadão, que o faz merecedor de respeito e consideração, de modo que a cada ser humano implique direitos e deveres fundamentais, para que lhe sejam garantidas condições existenciais mínimas para uma vida saudável em sociedade. A dignidade da pessoa humana é considerada um princípio basilar não só para bioética, mas também para todas as normas constitucionais, exercendo função dúplice, de caráter limitador e prestacional, limitando atos atentatórios à dignidade e obrigando Estado e Sociedade a promover e realizar dignidade em todos os setores da vida, respectivamente.

A ortotanásia foi descrita no segundo capítulo, que é caracterizada pela forma de não abreviar, ou antecipar, o momento da morte. Faz-se escolha de terapias apropriadas ao caso concreto do paciente, de modo que tratamentos fúteis sejam dispensados, suspendendo a realização de atos que prolonguem artificialmente a vida, ao que se refere a casos de pacientes terminais, com doenças incuráveis e progressivas, sendo assim, a morte iminente ou inevitável. A dignidade humana deve ser reconhecida tanto no curso da vida, como no processo de morte,

sendo, nessa direção, a ortotanásia um ato de respeito ao paciente por parte da equipe médica, que de modo algum irá abandoná-lo, porém irá concentrar-se integralmente no seu bem-estar, impondo somente tratamentos que sejam proporcionais às necessidades e possibilidades a esse paciente, com o consentimento do próprio e de sua família.

Além da conceituação de ortotanásia, faz-se pertinente a distinção terminológica entre ortotanásia, eutanásia e distanásia, para que não haja equivocada consequência jurídica nas situações de fato.

Nessa perspectiva, pode haver um confronto entre os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e o direito à vida, porém, tem-se a resolução deste no momento em que são encarados os requisitos da situação ortotanásia, dessa forma, se não há mais possibilidade de cura, o direito à vida dá lugar à dignidade da pessoa, visto que deverão ser praticados somente tratamentos proporcionais à finalidade. Ademais, os pacientes e familiares deverão consentir com a interrupção do tratamento, que já se faz inadequado, passando a considerar os cuidados paliativos. Preenchendo o terceiro requisito, a postura dos médicos deverá ser de envolvimento com o paciente, mesmo que não haja cura, convertendo a atenção da equipe médica para o bem estar do paciente. Apoiada nos princípios bioéticos e no princípio supremo da dignidade da pessoa humana, a ortotanásia mostra-se perfeitamente lícita, mesmo que não haja leis específicas sobre a morte digna.

O Conselho Federal de Medicina, diante da importância do tema, publicou a Resolução 1.805/06, que, por si só não altera o ordenamento jurídico brasileiro, porém, veio a confirmar o que é eticamente recomendável aos médicos nos casos de morte iminente, com a defesa da morte digna.

No capítulo seguinte, foi salientada a medicina paliativa, que é reconhecida como especialidade médica de atenção à qualidade de vida dos pacientes terminais, controlando o sofrimento e a dor. Em casos em que a cura já não se faz possível, os médicos devem ter a abordagem de cuidado com os pacientes, englobando problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. A efetivação dos cuidados paliativos é o modo de diminuir a dor e sofrimento dos pacientes terminais, substituindo terapias curativas, que já não lhe trariam benefícios, por terapias de cuidado.

Por fim, depreende-se do estudo que a ortotanásia é a grande tarefa da medicina paliativa, tendo em vista que o instituto não abrevia a morte, e sim, respeita o curso normal da vida do paciente, com a busca, a todo momento, do reconhecimento da sua dignidade. Mesmo com todo o aparato tecnológico à disposição, deve-se respeitar as condições inerentes à natureza humana, o que não significa negar os avanços médicos. Toma-se a posição de encarar a morte como um evento a ser construído socialmente pelo enfermo, família e equipe médica paliativista, com maior aceitação do processo natural, o que é, na grande maioria dos casos, visto com extrema dificuldade devido a uma série de questões morais que surgem nesse contexto de terminabilidade.

O dever médico de respeito pelo direito à vida com dignidade inclui os momentos que antecedem a morte do indivíduo, de modo a concluir-se que a ortotanásia é o comportamento correto do médico que, frente a uma morte iminente e inevitável, não submeterá o paciente a tratamentos fúteis, que atentem sua dignidade, observando a face limitadora deste princípio. A renúncia de tratamentos desproporcionais significa apenas a aceitação da morte, de modo que serão aplicadas todas as terapias possíveis, que estiverem ao alcance do médico, visando o bem estar do paciente, integral e multidisciplinarmente, em conformidade com a função prestacional da dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em: <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2014.

ALVARENGA, Ronize Espíndola. **Cuidados Paliativos Domiciliares: percepções do paciente oncológico e de seu cuidador**. Porto Alegre: Moriá, 2005. 162 p.

ANDRADE FILHO, Antônio Carlos de Camargo. **Medicina Paliativa**. [2000-?]. Disponível em: <<http://www.terapiador.com.br/>>. Acesso em: 08 maio 2014.

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. **Conceito de obstinação terapêutica reconhecido pela Associação Médica Mundial**. 2002. Disponível em: <<http://www.unav.es/cdb/ammvenecia2.html>>. Acesso em: 05 maio 2014.

BASTOS, Antônio Francisco; PALHARES, Fortunato Antônio Badam; MONTEIRO, Antônio Carlos Cesaroni (Coord.) **Medicina Legal para não-legistas**. Campinas: Copola, 1998. 432 p.

BONAMIGO, Elcio Luiz. **A reforma do código de ética médica: pontual ou estrutural?** [200-?]. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/artigo3.htm>> Acesso em: 22 abr. 2014.

BORGES, Gustavo Silveira. Uma breve reflexão interdisciplinar acerca da eutanásia passiva. **Revista de Estudos Criminais**, Sapucaia do Sul, RS, n.21, p.159-177, jan./mar. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957**. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3268.htm>. Acesso em: 05 maio 2014.

CABETTE, Eduardo Luiz Santos. **Eutanásia e Ortotanásia: comentários à Resolução 1.805/06 CFM**. Aspectos éticos e jurídicos. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2013. 124 p.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes; MOREIRA, Vital. **Constituição da República Portuguesa Anotada**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

CASABONA, Carlos María Romeo; SÁ, Maria de Fátima Freire de Sá (Coord.). **Direito Biomédico: Espanha-Brasil**. Belo Horizonte: PUCMinas, 2011. 351 p.

CLOTET, Joaquim. **Bioética: meio ambiente, saúde pública, novas tecnologias, deontologia médica, direito, psicologia, material genético humano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. 151 p.

CLOTET, Joaquim. Ciência e ética: onde estão os limites?. **Epistême**, Porto Alegre, n.10, jan./jun. 2000.

CLOTET, Joaquim. Por que Bioética? **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia**, Uberlândia, v.23, n.1/2, p.407-421, dez. 1994.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Preâmbulo. 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_preambulo.asp>. Acesso em: 07 abr. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº1.805/2006**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 23 abr. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.973/2011**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2011/1973_2011.htm>. Acesso em: 23 abr. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. 2008. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em: 13 maio 2014.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. **Desafios éticos**. Porto Alegre: Stampa, 2006. 175 p.

COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (Coord.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1988. 320 p.

COUTINHO, Luiz Augusto. Aspectos Jurídicos da eutanásia. **Revista Magister de Direito Penal e Processual Penal**, Porto Alegre, ano 2, n.4., p.19-37, ago/set. 2005.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos. 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 15 mar. 2014.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001. 792 p.

DRANE, James; PESSINI, Leo. **Bioética, medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano**. Tradução de: Adail Sobral, Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2005. 250 p.

DWORKING, Ronald. **Domínio da Vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais**. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 362 p.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. São Paulo: Byk, 1982. 411 p.

GARCIA, Iberê Anselmo. Aspectos médicos e jurídicos da eutanásia. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v.15, n.67, p.253-275, jul./ago. 2007.

GARRAFA, Volnei. PESSINI, Leo (Org.). **Bioética: poder e injustiça**. 2. ed. São Paulo: Loyola, out. 2004. 522 p.

GOLDIM, José Roberto. **Princípio da justiça**. 1998. Disponível em: <www.ufrgs.br/bioetica/justica.htm>. Acesso em: 16 abr. 2014.

GOMES, Luiz Flávio. Eutanásia: Dono da Vida, o Ser Humano é Também Dono da Sua Própria Morte? **Revista Magister de Direito Penal e Processual Penal**, Porto Alegre, n.4, p.5-10, fev./mar. 2005.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Cuidados paliativos**. c1996-2014. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474>. Acesso em: 14 maio 2014.

JAKOBS, Günther. **Suicídio, eutanásia e direito penal**. Tradução de: Maurício Antônio Ribeiro Lopes. Barueri: Manole, 2003. 47 p.

JUNGES, José Roque. **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo: UNISINOS, 2003. 322 p.

KIPPER, Délio José; PIVA, Jefferson Pedro. Dilemas éticos e legais em pacientes criticamente doentes. **Jornal da Pediatria**, Rio de Janeiro, v.74, n.4, p.261-262, 1998. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/98-74-04-261/port_print.htm>. Acesso em: 09 maio 2014.

LEITE, Eduardo de Oliveira (Coord.). **Grandes temas da atualidade: bioética e biodireito**. Rio de Janeiro: Forense, 2004. 376 p.

LOPES, Antônio Carlos; LIMA, Carolina Alves de Souza; SANTORO, Luciano de Freitas. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos**. São Paulo: Atheneu, 2011. 96 p.

MAGALHÃES, Leslei Lester dos Anjos. **O princípio da Dignidade da Pessoa Humana e o Direito à vida**. São Paulo: Saraiva, 2012. 198 p.

MARTINS-COSTA, Judith; MÖLLER, Letícia Ludwig (Org.). **Bioética e Responsabilidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2009. 445 p.

MINAHIM, Maria Auxiliadora. **Direito Penal e Biotecnologia**. Salvador, 2004. p.16. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp009064.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2014.

MIRANDA-SÁ JR, Luiz Salvador de. **Uma introdução à medicina**. Brasília: CFM, 2013.

MÖLLER, Letícia Ludwig. **Direito à morte com dignidade e autonomia**. 3. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. 186 p.

PESSINI, Leocir. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** 2. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Org.). **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Paulus, 1996. 241 p.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Org.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola. 2004. 336 p.

PITHAN, Livia Haygert. **A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-ressucitação”**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. 137 p.

PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei; MARTINS, Gerson et. al. (Coord.). **Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2012. 395 p.

REALE JÚNIOR, Miguel. O Novo Código de Ética Médica. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 05 jun. 2010. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impresso,o-novo-codigo-de-etica-medica,561777,0.htm>>. Acesso em: 03 maio 2014.

ROXIN, Claus. A apreciação Jurídico-penal da Eutanásia. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v.8, n.32, p.9-38, out./dez. 2000.

SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna**: o direito do paciente terminal. 2. reimp. Curitiba: Juruá, 2012. 188 p.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (Org.). **Biodireito**: ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001. 374 p.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite dos. **O equilíbrio do pêndulo**: a Bioética e a Lei: implicações médico-legais. São Paulo: Ícone, 1998. 313 p.

SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **Dimensões da dignidade**: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005. 184 p.

SIQUEIRA, José Eduardo de. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. **Revista Bioética**, v.16, n.1, p.85-95, 2008. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/pdf/artigo_completo_jose_eduardo.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

UNESCO. **Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos**. Tradução de: Ana Tapajós e Mauro M. do Prado. Revisão: Volnei Garrafa. Paris, 2005. Disponível em: <<http://www.sbbioetica.org.br>>. Acesso em: 16 abr. 2014.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Nova Iorque, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

VIEIRA, Oscar Vilhena. **Direitos Fundamentais**: uma leitura da jurisprudência do STF. São Paulo: Malheiros, 2006. 688 p.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **Da eutanásia ao prolongamento artificial**: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida. Rio de Janeiro: Forense, 2005. 250 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Definition of Palliative Care**. [1998a?]. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 14 maio 2014.