

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
CURSO DE DIREITO**

MARIA PÍCOLO BORGES

**ATUAÇÃO DOS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS DA AUTONOMIA E DA
BENEFICÊNCIA NA PRÁTICA DE ORTOTANÁSIA NO BRASIL SOB A
PERSPECTIVA DA RESOLUÇÃO DO CFM Nº 1.805/2006**

**CRICIÚMA
2019**

MARIA PÍCOLO BORGES

**ATUAÇÃO DOS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS DA AUTONOMIA E DA
BENEFICÊNCIA NA PRÁTICA DE ORTOTANÁSIA NO BRASIL SOB A
PERSPECTIVA DA RESOLUÇÃO DO CFM Nº 1.805/2006**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
para obtenção do grau de bacharel no curso de
Direito da Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC.

Orientador: Prof. Esp. Jean Gilnei Custódio.

**CRICIÚMA
2019**

MARIA PÍCOLO BORGES

**ATUAÇÃO DOS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS DA AUTONOMIA E DA
BENEFICÊNCIA NA PRÁTICA DE ORTOTANÁSIA NO BRASIL SOB A
PERSPECTIVA DA RESOLUÇÃO DO CFM Nº 1.805/2006**

Trabalho de conclusão de curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do grau de Bacharel em Direito, no curso de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com linha de pesquisa em Bioética.

Criciúma, 03 de julho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Jean Gilnei Custódio – Especialista – UNESC – Orientador

Prof.^a Rosângela Del Moro – Especialista – UNESC

Prof. Alisson Tomaz Comin – Especialista – UNESC

À minha família, uma base sólida em minha vida, e aos valores que me repassaram.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela oportunidade e pela capacidade que me concedeu para frequentar e concluir um curso superior. Agradeço a Ele, pela força nos momentos de desânimo e dúvida nesta longa caminhada.

Agradeço imensamente aos meus pais, pelo apoio e pelo tempo disponibilizado para meus estudos, por possibilitarem e compreenderem meus momentos de ausência diante dos meus deveres. Sem vocês e seu amor, eu não teria chegado ao fim desta jornada. Minha família é minha maior riqueza.

Do mesmo modo, gratidão ao meu irmão Vinícius, de coração enorme que, com suas palavras encorajadoras e seu humor diante de situações difíceis, tornou esse caminho mais leve para percorrer.

Agradeço à minha avó Elza, por sempre acreditar em mim e por muitas vezes falar com o Senhor lá de cima para me auxiliar nos momentos mais difíceis da graduação e da vida.

Não poderia deixar de agradecer ao meu companheiro Fernando, por entrar na minha vida no fim desta jornada e de pronto me apoiar, compreender e amar.

Às minhas amigas de sempre: Isabela, Andressa, Karini, Cláudia e Renata; e aos amigos que surgiram na graduação e que levarei para a vida: Lisandra, Ana Paula, Cláudia e Luciano. Gratidão a todos pela cumplicidade, compreensão, apoio e humor. Do mesmo modo, aos demais colegas da graduação, que tornaram essa caminhada menos solitária.

Por último e não menos importante, ao meu professor e orientador Jean, pela calma transmitida e pelo conhecimento repassado. Ganhei um amigo para a vida.

Agradeço também a todos que, de alguma maneira, contribuíram para que minha jornada acadêmica chegasse ao fim por meio deste trabalho, e que não foram citados aqui. Não são menos importantes por isso.

“Existem apenas duas maneiras de viver a vida. Uma é como se nada fosse um milagre. A outra é como se tudo fosse um milagre”.

Albert Einstein

RESUMO

Com o avanço da medicina e das técnicas que possibilitam prolongar a vida, a morte vem sendo cada vez mais evitada, mesmo que isso custe o bem-estar e a dignidade de quem se encontra em situações de final da vida. Desta forma, termos como eutanásia, distanásia e ortotanásia ganharam ampla discussão no campo da bioética, de forma que a terminalidade da vida de doentes terminais e sua dignidade precisaram ser positivadas por meio da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1805/2006 no Brasil. A referida Resolução permite ao médico suspender tratamentos dolorosos e inúteis à recuperação do paciente, desde que com o consentimento deste ou de seu representante legal. Porém, a suspensão do tratamento por vontade do paciente, atendendo ao princípio bioético da autonomia, pode confrontar com o dever deontológico do médico e o princípio bioético da beneficência, em somente praticar atos que beneficiem seu paciente, em face da continuidade da vida do mesmo. Desta forma, o presente trabalho busca avaliar como a Resolução CFM nº 1805/2006 e os princípios bioéticos da autonomia e da beneficência influenciam na tomada de decisão dos médicos em casos terminais, onde ocorrem os referidos conflitos, refletidos na vontade do paciente, que muitas vezes não é a mesma do profissional médico. Para possibilitar tal estudo, foi utilizado o método hipotético dedutivo, em pesquisa do tipo teórica e qualitativa, com emprego de material bibliográfico diversificado em livros, artigos de periódicos, legislação, normativas, resoluções e sites jornalísticos.

Palavras-chave: Princípios. Bioética. Morte. Ortotanásia.

ABSTRACT

With the advancement of medicine and life-prolonging techniques, death has been increasingly avoided, even if it costs the well-being and dignity of those who find themselves in end-of-life situations. Thus, terms such as euthanasia, dysthanasia and orthatanasia gained wide discussion in the field of bioethics, so that the terminality of the life of terminally ill patients and their dignity needed to be positivized through Resolution of the Federal Council of Medicine (CFM) nº 1805/2006 in Brazil. This Resolution allows the physician to suspend painful and useless treatments for the recovery of the patient, with the consent of this or his legal representative. However, the patient's suspension of treatment, in accordance with the bioethical principle of autonomy, can confront the physician's deontological duty and the bioethical principle of beneficence, in practicing only acts that benefit his patient, given the continuity of the patient's life . Thus, the present study seeks to evaluate how CFM Resolution 1805/2006 and the bioethical principles of autonomy and beneficence influence the decision-making of physicians in terminal cases, where the said conflicts occur, reflected in the patient's will, which many times is not the same as the medical professional. In order to enable such a study, the hypothetical deductive method was used in theoretical and qualitative research, using bibliographical material diversified in books, periodicals, legislation, regulations, resolutions and journalistic sites.

Keywords: Principles. Bioethics. Death. Orthotanasia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 ÉTICA, MORAL E BIOÉTICA: CONCEITO E INTERDISCIPLINARIDADE	11
2.1 PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NO DIREITO CONSTITUCIONAL CONTEMPORÂNEO E O RECONHECIMENTO DOS DIREITOS HUMANOS NO SÉCULO XXI	13
2.2 A RELAÇÃO ENTRE O PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E OS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS DA BENEFICÊNCIA, AUTONOMIA, NÃO MALEFICÊNCIA E DA JUSTIÇA	16
2.2.1 Princípio da autonomia: mudança na aplicabilidade em face do reconhecimento dos direitos humanos e das novas práticas médicas	18
2.2.2 Princípio da beneficência: relação com o paternalismo e o conflito com o princípio da autonomia	20
2.3 COMITÊS DE BIOÉTICA: FUNÇÃO DELIBERATIVA, EDUCATIVA E ACOLHEDORA	21
3 TERMINALIDADE DA VIDA: MORTE, FORMAS DE MORRER E CUIDADOS PALIATIVOS EM DOENTES TERMINAIS	25
3.1 MORTE	25
3.2 FORMAS DE MORRER: EUTANÁSIA, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA	28
3.2.1 Eutanásia	28
3.2.2 Distanásia	31
3.2.3 Ortotanásia	33
3.3 DOENÇAS TERMINAIS E CUIDADOS PALIATIVOS	36
4 A LIBERDADE DE MORRER	39
4.1 A RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805 DE 2006 E O DIREITO BRASILEIRO	39
4.2 CONSENTIMENTO INFORMADO E DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE	42
4.3 CONFLITO ENTRE OS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS DA BENEFICÊNCIA E DA AUTONOMIA E SUA INFLUÊNCIA NA TOMADA DE DECISÃO DA EQUIPE MÉDICA NA PRÁTICA DE ORTOTANÁSIA	46
5 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS	58

1 INTRODUÇÃO

O crescente desenvolvimento tecnológico na medicina fez com que a forma e o momento de morrer sofressem grandes mudanças. A busca por uma vida melhor e mais longa é cada vez mais comum nos centros médicos, e profissionais da medicina vêm aprimorando suas técnicas para corresponderem às expectativas de seus pacientes.

Nesse sentido, observa-se uma grande mudança relacionada às práticas da ortotanásia, também chamada de eutanásia passiva, caracterizada pelo respeito à morte natural, sem interferência da ciência, deixando a vida seguir seu curso biológico.

Com relação ao instituto apontado acima, cabe ao médico decidir qual prática utilizar em seu paciente terminal. Esta decisão deve ser tomada respeitando os princípios basilares da bioética, que representam o direito de decisão do paciente, o comprometimento do profissional de fazer apenas o bem ou o mínimo mal possível e de tratar seu paciente com justiça e igualdade.

Assim, a importância social deste trabalho reside em trazer reflexões acerca da atuação dos princípios bioéticos da autonomia e da beneficência nas decisões médicas de se tentar prolongar a vida humana por meio de práticas artificiais ou deixar a vida seguir seu fluxo e findar-se naturalmente.

Para tanto, foram analisados os conceitos de ética, moral e bioética, bem como o princípio da dignidade da pessoa humana e os princípios bioéticos. Mais a frente, foram abordadas as formas de terminalidade da vida e a própria morte em si, no contexto das doenças terminais, apresentando a possibilidade dos cuidados paliativos.

Por fim, foram apresentados neste trabalho, como a Resolução CFM nº 1.805/2006 e os princípios bioéticos da autonomia e da beneficência atuam na tomada de decisão dos profissionais médicos nas práticas da ortotanásia, por meio da apresentação de alguns casos.

Para atingir os objetivos propostos, a presente pesquisa foi realizada com o uso do método hipotético dedutivo, em pesquisa do tipo teórica e qualitativa, com emprego de material bibliográfico diversificado em livros, artigos de periódicos, legislações, normativas, resoluções, julgados e, por ser um assunto atual, por via de sites jornalísticos e científicos, com a finalidade de divulgar o que influencia o

profissional médico no momento da tomada de decisão entre a prática de ortotanásia ou distanásia.

2 ÉTICA, MORAL E BIOÉTICA: CONCEITO E INTERDISCIPLINARIDADE

O progresso da ciência médica e de suas tecnologias inovadoras vem criando novos casos que requerem decisões conflitantes. Tais conflitos tornam-se um problema ético quando comprometem a conduta profissional, o interesse e bem-estar do paciente e quando a decisão a se tomar não é clara, sendo necessário deliberar para se chegar à solução mais adequada, ainda que não à exata (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2015, p. 214).

O ponto de partida para se deliberar em casos tão conflitantes é a ética, tanto no âmbito pessoal quanto profissional. Por ética, entende-se o conjunto de valores e normas, aceito por comunidades com diferentes morais positivadas, que norteiam a convivência harmônica e pacífica (GARRAFA; KOTTOW; SAADA, 2006, p. 122).

Elio Sgreccia (2002, p. 153), traz três vertentes de ética e apresenta as distinções entre elas: como “ética”, explica o comportamento humano em relação aos valores, aos princípios e às normas morais; como “ética descritiva”, o autor explica os costumes e comportamentos relativos aos valores, princípios e normas morais de uma determinada população ou de um fato preciso; e como “ética normativa”, Sgreccia leciona que é a disciplina que estuda os valores, os princípios e a moral em relação ao que é lícito e ilícito.

A bioética está inserida na ética normativa, caracterizando-se como uma ética especial, que trata de um assunto específico: ética em uma área específica, apresentada neste trabalho, na medicina.

Ao procurarmos a palavra bioética no dicionário, encontramos como resposta o “conjunto dos problemas postos pela responsabilidade moral dos médicos e dos biólogos em suas pesquisas e nas aplicações destas” (BIOÉTICA, 2018).

A resposta para tal questionamento é pequena, mas levanta hipóteses, teses, estudos e conceitos amplamente debatidos pelo mundo todo. A bioética, por ser um conceito norteador da moral positivada, gera controvérsias internas e externas nos profissionais que se deparam com diferentes situações conflitantes. Por este motivo, é importante que a bioética seja vista como uma matéria interdisciplinar, pois envolve matérias éticas, jurídicas, médicas, biológicas, filosóficas e tantas outras. Como demonstra Gustavo Borges (2017, p. 33-34), é

importante uma análise social com abordagem interdisciplinar para dar respostas às questões advindas da modernidade e das novas tecnologias.

Pela amplitude do tema, o mesmo pode ser dividido em dois ramos: a bioética para o meio ambiente e a bioética médica. Esta última, que será debatida neste trabalho, surgiu a partir da ocorrência de situações clínicas, advindas de novos e tecnológicos procedimentos médicos (BORGES, 2017, p. 37).

Além das diferentes matérias que englobam a bioética e da necessidade de sua interdisciplinaridade, também temos diferenças territoriais na sua aplicabilidade. Muitos procedimentos que são aplicados em países com melhor desenvolvimento na medicina, não são praticados em países que têm menos acesso a tecnologia e a evolução científica, isso faz com que a aplicação bioética seja adaptada a cada realidade. Como explicam Garrafa, Kottow e Saada (2006, p. 73), a partir desta constatação, especialistas da América Latina iniciaram um aprofundamento das bases conceituais da bioética, contextualizando seus referenciais com a realidade das nações mais pobres, com maior índice de exclusão social e menos acesso a técnicas médicas tecnológicas.

Com todas as novas tecnologias, surgiram novos desafios e novas tomadas de decisão, criando debates e desafios jurídicos, fazendo surgir um novo ramo do estudo jurídico de direito público: o biodireito, resultado do encontro entre a bioética e o direito (MALUF, 2010, p. 16).

O biodireito tem um papel limitador para a biomedicina, uma vez que limita sua aplicabilidade, visando à proteção da dignidade da pessoa humana. O biodireito não impede o avanço da ciência, mas impõe limitações ao uso das descobertas científicas (MALUF, 2010, p. 17). Nas palavras de Maria Helena Diniz (2002, p. 8), o biodireito:

Tem a vida por objeto principal, salientando que a verdade jurídica não poderá salientar-se à ética e ao direito, assim como o progresso científico não poderá acobertar crimes contra a dignidade da pessoa humana, nem traçar, sem limites jurídicos, os destinos da humanidade.

Quanto mais nos aprofundamos no estudo da bioética, mais percebemos como é uma matéria complexa: traz profundas análises sobre a moral do ser humano, o dever ser deontológico, concepções do avanço tecnológico e de sua influência e a distância que existe entre países no acesso a essas tecnologias, o que

faz cada região do mundo ter um conceito diferenciado de aplicação da bioética, ainda que todos a encarem com uma visão interdisciplinar e importantíssima para o rumo da medicina, seguindo um viés ético e responsável.

Para tanto, dentro da bioética, foram criados quatro princípios basilares: princípio da autonomia, princípio da beneficência, princípio da não maleficência e princípio da justiça, que se fundam no princípio maior da dignidade da pessoa humana e partem de uma base moral (MALUF, 2010, p. 11). Os referidos princípios serão melhor abordados em um segundo momento.

No início da idade média, onde teve início a organização da sociedade ocidental e a criação de obras filosóficas cristãs, a religiosidade, incrustada pelo cristianismo, ditava os preceitos morais. Com o enfraquecimento do cristianismo, surgiu o iluminismo, onde a razão passou a ser a fonte da moral, por meio da filosofia ou da reflexão racional (ENGELHARTD, 2004, p. 29).

Assim como a bioética considera vários pontos de perspectiva e se ajusta ao caso concreto de cada realidade, a moral também deve considerar suas diversidades e as crenças particulares de cada um. A bioética e a moral atual ainda se baseiam na suposição de que existe uma “moralidade concreta”, que se aplica a tudo e a todos, nos diferentes locais e nas diferentes culturas do mundo (ENGELHARTD, 2004, p. 23).

Hoje, considera-se moral, em uma linha essencial, a orientação sobre o que é certo ou errado, bom ou mau, além do respeito ao próximo, criando-se, assim, uma teoria política e uma teoria moral, que devem trabalhar juntas, a fim de moldar uma política de assistência médica baseada na moral (ENGELHARDT, 2004, p. 40).

Após a análise da ética e da moral como a essência da bioética, passaremos ao estudo do princípio da dignidade da pessoa humana, que é o ponto de partida para cada decisão tomada em relação à vida e ao bem-estar de outro ser humano, bem como é o pilar de sustentação dos demais princípios bioéticos.

2.1 PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NO DIREITO CONSTITUCIONAL CONTEMPORÂNEO E O RECONHECIMENTO DOS DIREITOS HUMANOS NO SÉCULO XXI

“A vida humana é o fundamento de todos os bens, a fonte e a condição necessária de toda a atividade humana e de toda a convivência social” (VARGA,

2001, p. 275). A vida humana é o ponto de partida, a razão para toda e qualquer discussão ética, por isso, será abordada no início deste trabalho.

Com a evolução da sociedade ao longo dos anos e os acontecimentos que se abateram sobre ela, ficou cada vez mais visível a importância de se proteger a dignidade da pessoa humana, tornando-a um dos grandes consensos éticos do mundo ocidental, sendo citada em constituições, leis, documentos internacionais e outros acordos em todo o mundo (BARROSO, 2018, p. 3).

O alemão Robert Alexy (2007, p. 45-49), a partir da Declaração dos Direitos do Homem Universal, aprovada pela ONU em 1948, dividiu em cinco temas principais: os *direitos universais*, onde os direitos do homem competem a todos os homens; os *direitos morais*, que nem sempre necessitam ser moral positivada, mas sim o que cada um entende como moralmente correto; os *direitos preferenciais*, os direitos do homem devem ser prioridade sob os demais direitos positivados; os *direitos fundamentais*, que são a defesa dos direitos sociais que visam a garantia de um mínimo existencial; e por último, os *direitos abstratos*, que demonstram que os direitos dos homens não tratam de direitos certos, pré-definidos, mas sim das necessidades diversas.

Encontra-se dificuldade em formular um conceito homogêneo mundial sobre o que é a dignidade da pessoa humana. Cada nação e cada indivíduo projeta sua própria imagem de dignidade, usando-a para legitimar suas atitudes em matérias como guerras, eutanásia, clonagem e outros inúmeros temas polêmicos (BARROSO, 2018, p. 3).

Otávia e Yduan de Oliveira May (2017, p. 99), preceituam a dignidade como um ideal democrático que está fundamentado na “comum dignidade de todos e de cada um”, onde exaltam a igualdade e a identidade como fatores construtores do conceito de dignidade para cada indivíduo.

Ainda, o conceito de dignidade varia no tempo e no espaço, sofrendo influências históricas, culturais, políticas e ideológicas, além de impactos religiosos. O que surgiu como um preceito fundamental da essência do homem hoje é um preceito fundamental jurídico, com *status* de princípio constitucional no direito Brasileiro (BARROSO, 2018, p. 09-10).

Com o intuito de proteger a pessoa humana, a Constituição Federal, já em seu 1º artigo, traz representada a construção de um Estado Democrático de Direito:

Art. 1º 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:

I - a soberania;

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição. (BRASIL, 1988).

Em seu início, a Constituição Federal faz presente a dignidade da pessoa humana e, mais a frente, no *caput* do art. 5º, traz a liberdade e a igualdade como direitos fundamentais do ser humano:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988).

Pode-se perceber que valores como liberdade, igualdade e dignidade foram edificados como princípios constitucionais, os dois primeiros sendo a essência do último. Deste modo, princípios jurídicos tornam-se normas jurídicas, exigindo uma mudança na postura do operador do Direito na forma de encarar a dignidade da pessoa humana (SÁ; NAVES, 2009, p. 56).

A dignidade da pessoa humana, na sua diversidade e nos direitos que dela emanam, nas palavras de Rui Nunes (2016, p. 25), é considerada o alicerce do Estado de Direito, “é o único valor absoluto e inalienável em uma sociedade secular e pluralista, onde as pessoas se encontram com diversas visões de mundo”.

A garantia do pleno desenvolvimento dos vários aspectos da pessoa e de todas as manifestações humanas, sejam elas físicas, psíquicas ou espirituais, estendidas a uma sociedade plural, aplicando-se em um contexto de liberdade e igualdade, isto é, na garantia de iguais liberdades fundamentais, caracterizam o respeito à dignidade da pessoa humana (SÁ; NAVES, 2009, p. 41).

A liberdade, a igualdade e a dignidade, antes de estarem presentes na Constituição Federal brasileira, foram consagradas na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no ano de 1948. Tão grande é a importância destes princípios, que são citados já no 1º artigo da referida Declaração: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de

consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, p. 4).

A Declaração dos Direitos Humanos das Nações Unidas tornou-se um instrumento de preservação da dignidade da pessoa humana, onde mais de 50 nações aderiram ao documento, incluindo o Brasil, que na Constituição de 1988 concretizou o compromisso do governo brasileiro com a nova ordem global que se consolidava, pautada num maior comprometimento com os direitos humanos (ROSA, 2015).

Em análise ao exposto, de forma que liberdade, igualdade e dignidade estão interligados, podemos perceber que a dignidade da pessoa humana é a base dos princípios bioéticos apresentados neste trabalho, princípio da beneficência e princípio da autonomia, sendo inviável apresentá-los sem antes fazer uma reflexão sobre o princípio constitucional.

Por fim, é interessante ressaltar a colocação de Otávia e Yduan de Oliveira May (2017, p. 98), ao demonstrarem a importância da liberdade da construção da dignidade da pessoa humana: “quando não há liberdade de escolha, não há respeito, se não há respeito ao indivíduo, não há dignidade, onde não há dignidade, não há vida!”, que ressaltam o apresentado no início deste título, apresentando a vida humana como o centro e a motivação das ações da sociedade.

2.2 A RELAÇÃO ENTRE O PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E OS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS DA BENEFICÊNCIA, AUTONOMIA, NÃO MALEFICÊNCIA E DA JUSTIÇA

O cerne do ordenamento jurídico e o fundamento do Estado Democrático de Direito é o respeito à dignidade da pessoa humana, previsto na Constituição Federal de 1988, em seu art. 1º, inciso III, onde prevê que a República Federativa do Brasil constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como um dos principais fundamentos a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988).

A partir do princípio constitucional citado acima, a bioética pautou-se em quatro princípios básicos enaltecidos da pessoa humana, dois deles com caráter deontológico, não maleficência e justiça, e os demais, teleológico, autonomia e beneficência. A bioética deverá ter tais princípios como parâmetros de suas investigações e diretrizes (DINIZ, 2002, p. 14-17).

No campo da bioética e seus princípios, há duas correntes: princípios da bioética personalista e princípios da bioética principialista. A primeira corrente procura esclarecer a antropologia da pessoa humana, ou seja, é preciso conhecer a pessoa para saber o que é bom para ela. Dentre seus princípios há hierarquia. Já a segunda, não impõe hierarquia entre seus princípios, sendo que cada um é utilizado conforme o caso concreto, baseados na ética e na moral. A corrente da bioética principialista é a adotada mundialmente pelos códigos de ética médica, por isso, é a teoria abordada neste trabalho (RAMOS, 2009, p. 60).

Os percursores da bioética principialista foram os americanos Tom Beauchamp e James Chidress, que, na época de 1978, abordaram os dilemas e problemas bioéticos nos quatro princípios estudados neste projeto. Sua principal obra foi *Principles of Biomedical Ethics* (Princípios da Bioética Médica), que alterou a forma de encarar a bioética mundialmente, não só na área médica, como em todas as outras, como pesquisas (GOLDIN, 2003).

O principialismo é uma teoria pluralista, pois procura fundamentar a bioética a partir de quatro princípios *prima facie* (à primeira vista). Desse modo, não há hierarquia entre os princípios, uma vez que todos têm o mesmo valor e devem ser respeitados, mas, na medida em que se faz necessária a utilização de um ou outro princípio, com razões suficientemente fortes, a transgressão pode ser justificada (PETRY, 2004, p. 88). Inicial e sinteticamente, abordaremos os conceitos da base quadrangular dos princípios bioéticos:

O princípio da autonomia funda-se no respeito à vontade do paciente, respeito pelas pessoas e a necessidade de consentimento informado, livre e esclarecido. Nas palavras de Maria Helena Diniz (2002, p. 15), “autonomia seria a capacidade de atuar com conhecimento de causa e sem qualquer comoção ou influência externa”. Já o princípio da beneficência, caracteriza-se pela maximização dos benefícios e prevenção ao dano do paciente (NUNES, 2017, p. 133). O profissional só deve usar o tratamento para fazer o bem ao paciente, nunca para fazer o mal ou praticar injustiça (DINIZ, 2002, p. 17).

O princípio da não maleficência é um desdobramento do princípio da beneficência, contento a obrigação de não acarretar dano intencional ao paciente e deriva da ética médica *primum non nocere* (primeiro, não prejudicar) (DINIZ, 2002, p. 16).

O princípio da justiça determina a igualdade de tratamento entre os pacientes e a imparcialidade de riscos e benefícios no que atina à prática dos profissionais de saúde; em relação ao Estado, determina uma justa distribuição de verbas para a saúde, pesquisa etc. (SGRECCIA, 2002, p. 167).

O objetivo deste trabalho é avaliar como os princípios da autonomia e da beneficência atuam na prática hospitalar, mais especificamente na tomada de decisão do profissional médico nos casos de ortotanásia, que será explicado em outro momento. Assim, torna-se interessante aprofundar-nos nos princípios referidos acima.

2.2.1 Princípio da autonomia: mudança na aplicabilidade em face do reconhecimento dos direitos humanos e das novas práticas médicas

Antiga e tradicionalmente, o profissional da saúde tomava todas as decisões por seu paciente, desde tratamentos de cura até tratamentos terapêuticos, cabendo ao enfermo apenas cumpri-las. Este padrão ficou conhecido como modelo paternalista do exercício da medicina. Com os avanços biotecnológicos e o aparecimento de novos procedimentos terapêuticos, bem como o reconhecimento dos direitos humanos, a relação médico-paciente começou a mudar. O enfermo passou a ser reconhecido como “ser autônomo dotado de capacidade para tomar decisões” (SCOTTINI; SIQUEIRA; MORTIZ, 2018, p. 441).

Com isso, surgiu o “Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido”, que, mais tarde, tornou-se “Diretivas Antecipadas de Vontade”, dando ao paciente terminal a oportunidade de opinar sobre seu tratamento, presente ou futuro, antes de se tornar incapaz de fazê-lo. As diretivas antecipadas de vontade compreendem dois documentos: o testamento vital e o mandato duradouro, que serão melhor abordados à frente, no segundo capítulo deste trabalho (SCOTTINI; SIQUEIRA; MORTIZ, 2018, p. 441).

As mudanças nos procedimentos médicos, cumuladas com o avanço no reconhecimento dos direitos humanos, fizeram com que a importância de se respeitar a vontade do paciente fosse reconhecida, enaltecendo o princípio da autonomia.

Na bioética secular, o filósofo americano Hugo Tristram Engelhardt Jr. (2004), traz como essência do princípio da autonomia a essência de Kant, onde

instaura o agente moral no centro da referência ética. Também chamado de princípio da permissão, o princípio da autonomia protege a esfera moral do agente, onde ninguém pode intervir sem seu consentimento. É o princípio do respeito mútuo.

Já na bioética moderna, o princípio da autonomia respeita as convicções e decisões morais do paciente, devendo o mesmo ser informado sobre todos os procedimentos terapêuticos que são ou poderão ser aplicados a ele (PEGORARO, 2002, p. 98-99).

Na visão da bioética moderna, a autonomia principialista visa o livre arbítrio como expressão da capacidade humana de deliberar. Uma conduta é vista como autônoma quando é adotada com base no consentimento livre e informado, ou seja, a autonomia é o direito moral do paciente de tomar decisões próprias, pautadas no conhecimento e nas informações recebidas, mesmo que isso não seja benéfico para si e vá contra orientações da equipe médica (HECK, 2011, p. 89-90).

Fazendo uma comparação com a corrente da bioética personalista, o princípio da autonomia fundamenta-se no respeito à liberdade e responsabilidade da pessoa, observando os direitos fundamentais da pessoa humana. Inspira-se no ditado de “não fazer aos outros aquilo que não gostaria que fosse feito com você”, enaltecendo o respeito mútuo, como base da aliança terapêutica entre médico e paciente (RAMOS, 2009, p. 68).

Apesar de não haver hierarquia entre os princípios, o princípio da autonomia deve ser levado em alta conta, uma vez que respeita a dignidade da pessoa humana no sentido de respeitar sua vontade, dando direito ao paciente e dever ao profissional médico de informar todos os pormenores dos procedimentos terapêuticos que serão ou poderão ser realizados, deixando à escolha do paciente, aliada a orientações médicas, a forma como proceder em seu caso clínico futuro.

2.2.2 Princípio da beneficência: relação com o paternalismo e o conflito com o princípio da autonomia

O princípio da beneficência pode ser confundido com o princípio da não maleficência, uma vez que, não fazendo o mal para alguém, supunha-se que esteja se fazendo o bem. Muitos autores propõem que o princípio da não maleficência é um elemento do princípio da beneficência, como um desdobramento de tal princípio (GOLDIM, 1998). De certa forma, o princípio da beneficência engloba o princípio da não maleficência, tornando-o indissociável do primeiro.

O princípio da beneficência estabelece que se deve fazer o bem aos outros, independentemente de desejá-lo ou não. É importante distinguirmos três conceitos importantes e semelhantes, para assim entendermos a beneficência: “beneficência” é fazer o bem a alguém, “benevolência” é desejar o bem a alguém e “benemerência” é merecer o bem (GOLDIM, 1998).

Desse modo, o princípio da beneficência baseia-se no reconhecimento do valor moral do outro para não lhe causar o mal, apenas o bem. Estabelece que o profissional da saúde deve sempre avaliar os riscos e os benefícios potenciais, individual ou coletivamente, e perseguir o máximo de benefícios, reduzindo ao mínimo as chances de danos e riscos (CAMPOS; OLIVEIRA, 2017, p. 22).

Quando vinculado com os princípios da corrente bioética personalista, o princípio da beneficência tem como fundamento o respeito à vida física e ao bem da pessoa na sua totalidade, física e mentalmente. O bem-comum e o bem individual tornam-se uns dos principais objetivos dos profissionais da saúde (RAMOS, 2009, p. 67-68).

Desde o início da medicina, o profissional médico exercia seu poder sobre o paciente, indicava e aplicava o tratamento com base na sua exclusiva opinião, considerando apenas o princípio da beneficência. A esse poder autoritário denominou-se paternalismo (CAMPOS; OLIVEIRA, 2017, p. 24).

Há três formas distintas de se exercer o paternalismo na relação médico-paciente: o “paternalismo genuíno”, onde o paciente não tem condições de decidir por si só, como em casos de crianças ou pacientes em coma; o “paternalismo autorizado”, onde o paciente, exercendo sua autonomia, autoriza o médico a tomar as práticas que considere mais adequadas ao tratamento; e o “paternalismo não

autorizado”, onde não há consentimento por parte do paciente e sua autonomia é totalmente desconsiderada (CAMPOS; OLIVEIRA, 2017, p. 24-25).

Com o passar do tempo e os avanços tecnológicos ocorridos após a Segunda Guerra Mundial, o paternalismo foi sendo substituído pela autonomia e respeito médico-paciente (WANSSA, 2011, p. 114).

Porém, há questões conflitantes entre os princípios e estas serão apresentadas nos próximos capítulos deste trabalho, analisando alguns casos e considerando as mudanças ocorridas na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.805/2006, que regulamentou a prática da ortotanásia no Brasil, permitindo aos médicos, em casos de enfermidades em fases terminais ou incuráveis, limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, sempre respeitando a autonomia do paciente ou de seu representante legal (MORITZ, 2011, p. 204).

Atualmente, o conflito entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência tem novos sentidos: o médico, ao se deparar com o caso concreto, onde a escolha do paciente, pautada em sua autonomia, causa-lhe mal, deve respeitar a escolha do paciente ou seguir o princípio da beneficência, onde seu dever deontológico é praticar apenas procedimentos que beneficiem seu paciente?

2.3 COMITÊS DE BIOÉTICA: FUNÇÃO DELIBERATIVA, EDUCATIVA E ACOLHEDORA

Devido a frequente necessidade de se discutir temas polêmicos que carregam consigo grande carga de valores morais, desenvolveram-se os Comitês de Bioética, com a função de se deliberar sobre novos procedimentos e descobertas tecnológicas (BORGES, 2017, p. 53).

O primeiro Comitê de Bioética formal foi instituído em 1976, nos Estados Unidos, por requerimento da Corte Suprema Americana que, ao precisar decidir sobre a manutenção da vida de Karen Ann Quinlan, em coma irreversível há mais de um ano, reuniu profissionais médicos, jurídicos e religiosos para avaliarem as condições de vida de Karen e a possibilidade de a mesma sair do coma, com a finalidade de aprovar ou não a decisão de desligar os aparelhos que a mantinham com vida (SGRECCIA, 2009, p. 246).

A pergunta que se fazia na época era se a manutenção da vida a todo custo, sem chances de melhora, era lícito e correto, ao invés de se respeitar o curso natural da vida, deixando que a mesma realizasse seu caminho. A mesma pergunta ainda é feita tantas vezes nos dias atuais, suspender ou não tratamentos inúteis à recuperação da vida do paciente (SGRECCIA, 2009, p. 247).

No Brasil, os comitês de bioética ainda são órgãos novos nos hospitais, sendo implantados somente a partir dos anos 1990, surgindo inicialmente em hospitais universitários, como o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e o Hospital das Clínicas de São Paulo. Em 2015, o Conselho Federal de Medicina editou a Recomendação CF 8/2015, versando sobre a criação, a formação e o funcionamento dos comitês de bioética (OLIVEIRA; OLIVEIRA; NOGUEIRA-MARTINS, 2017, p. 339).

Dentre as considerações iniciais do CFM 8/2015, estão as relevantes questões da bioética, presentes no dia a dia hospitalar, que requerem decisões dos profissionais da saúde, que precisam de apoio na solução de situações especiais, desconhecidas e difíceis a seu cargo, bem como na tomada de decisões que não envolvem somente questões médicas, mas também morais (BRASIL, 2015).

A Recomendação considera também o avanço social dos últimos anos, que concedeu ao paciente mais liberdade de escolha, reforçando o princípio da autonomia que, muitas vezes, confronta o princípio da beneficência, o que acaba envolvendo familiares e representantes do paciente, além dele mesmo. Por último, considera que os princípios morais ultrapassam os limites da ética médica, necessitando, assim, da criação dos Comitês de Bioética, a fim de auxiliarem nos conflitos éticos, morais e médicos (BRASIL, 2015).

Desta forma, o Conselho Federal de Medicina recomenda que as instituições de saúde e seu corpo médico contribuam para a criação, o funcionamento e a manutenção de um Comitê de Bioética, com um colegiado multiprofissional de natureza autônoma, consultiva e educativa, a fim de auxiliar o profissional de medicina nos dilemas éticos profissionais (BRASIL, 2015).

Porém, no Brasil, ainda há pouca tradição na constituição dos Comitês de Bioética nas instituições de saúde, sendo poucos os hospitais que mantêm essas estruturas nas unidades. O que é uma perda gigantesca, uma vez que os comitês não são apenas órgãos deliberativos, estando, também, intimamente ligados à humanização do atendimento médico e às relações interpessoais e

interinstitucionais dentro dos centros de saúde (OLIVEIRA; OLIVEIRA; NOGUEIRA-MARTINS, 2017, p. 339).

Um estudo realizado em um hospital público de São Paulo analisou e sistematizou a atuação do Comitê de Bioética do Hospital Geral de São Mateus, de forma a perceber que os comitês não exercem apenas função deliberativa, mas também educativa dentro da instituição em que se encontram. Ao realizarem simpósios e palestras, conscientizaram a sociedade interna e externa sobre a dimensão moral do exercício das profissões da saúde (OLIVEIRA; OLIVEIRA; NOGUEIRA-MARTINS, 2017, p. 339).

Ao final do estudo, os pesquisadores concluíram a importância de se incentivar a criação dos Comitês de Bioética dentro das instituições de saúde no Brasil. Essas instâncias devem se concentrar na análise de situações complexas advindas do progresso científico e nas situações do dia a dia da assistência em saúde. Ainda, o Comitê deve ser formado por profissionais de diversas áreas, tanto com atuação interna quanto externa, bem como o órgão deve adotar uma postura acolhedora, não punitiva (OLIVEIRA; OLIVEIRA; NOGUEIRA-MARTINS, 2017, p. 346).

Hoje em dia, os Comitês de Bioética no mundo têm diferentes finalidades e composições, todas aplicadas à realidade e as necessidades do local onde se encontram. Na França, por exemplo, existe a Comissão Consultiva da Saúde e das Ciências da Vida; em Portugal, há o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Todos se desdobrando em Comitês de Bioética em hospitais, laboratórios, instituições de ensino etc. (PESSINI, 2007, p. 103-106). No Brasil não é diferente, podemos encontrar Comitês de Bioética voltados à proteção animal, à pesquisa, à vida humana, entre outros.

Gustavo Borges (2017, p. 55), conceitua o Comitê de Ética como um espaço independente, que pode ser sediado em hospitais, clínicas, institutos de pesquisa ou laboratórios de experimentação, local onde se encontram profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que trabalham com uma metodologia interdisciplinar, analisando os componentes de vários setores de atividades relacionadas à vida e à saúde da pessoa humana.

Um dos principais objetivos dos Comitês de Bioética é a reflexão e decisão de diferentes dilemas que se apresentam na prática clínica de uma instituição de saúde. Devido às novas práticas hospitalares envolvendo questões

morais complexas, os mesmos vêm sendo consultados cada vez mais por profissionais de saúde, pacientes e seus familiares, e os principais assuntos abordados são autonomia dos pacientes, consentimento informado, capacidade para deliberar sobre tratamentos de saúde e confidencialidade médica (BORGES, 2017, p. 55-56).

Os Comitês de Bioética são órgãos de reflexão, deliberação e consenso, com uma função clara: deliberar sobre questões complexas, tomando decisões após um processo de análise do caso concreto (BORGES, 2017, p. 58). Desta forma, é importante que as instituições de saúde possuam tais instituições, tanto para apoio e respaldo nas decisões médicas, quanto para defender os direitos dos pacientes.

3 TERMINALIDADE DA VIDA: MORTE, FORMAS DE MORRER E CUIDADOS PALIATIVOS EM DOENTES TERMINAIS

3.1 MORTE

No início do século, o que existia era a morte aguda: ou se morria ou se curava. As pessoas não ficavam morrendo durante muito tempo, o espaço de tempo entre o morrer e o adoecer era de cinco dias. Hoje, graças às conquistas e avanços da medicina, é de cinco anos. Fala-se mais no processo do morrer do que da morte em si (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000, p. 252).

Nos últimos anos, a morte vem sendo encarada de uma forma diferente, passou da aceitação espontânea de um fato natural, para uma inimiga a ser vencida a qualquer preço. Saiu do lugar de ausente para tornar-se presente em estudos e debates. Em grande parte, os avanços científicos e tecnológicos contribuíram para estigmatizá-la: eutanásia, doação de órgãos e prolongamento artificial da vida são apenas algumas das questões que implicam um repensar bioético em torno do morrer (MENDONÇA; SILVA, 2006, p. 111).

Mas, o que é a morte? Para Rui Nunes (2016, p. 36), a morte se “equivale à ausência da vida”, acontece quando o organismo como um todo deixa de existir. Já Pessini e Barchifontaine (2000, p. 256), acreditam que o critério decisivo para se dizer que alguém está morto é o cérebro, baseado na Resolução nº 1346/1991 do CFM, que considera que “a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale a morte” (BRASIL, 1991).

Durante séculos, a pessoa era considerada morta quando parava de respirar e seu coração parava de bater; qualquer pessoa poderia declarar alguém morto, bastava colocar um espelho em suas narinas e, se não embaçasse, a morte estava decretada. Atualmente, a morte somente é decretada após ser comprovada por exames que demonstrem que a atividade cerebral cessou. Inatividade cerebral indica morte cerebral, vida vegetativa e, assim, morte clínica (OLIVEIRA, 2004, p. 26).

Sabemos que o morrer faz parte do nosso ciclo vital, porém, a cultura ocidental ainda não está preparada para enfrentar a morte. A valorização da juventude e a negação da velhice nos leva a esquecer que a morte existe.

Encaramos a morte como uma falha da medicina, um objetivo não atingido (MENDONÇA; SILVA, 2006, p. 112-113).

O Doutor Dráuzio Varella, na obra *Por um Fio* (2004, p. 8), compartilha as experiências de seus pacientes com a morte iminente, e declara que “imaginar a morte como um fardo prestes a desabar sobre nosso destino é insuportável”, tanto que organizamos nossa rotina diária como se fôssemos imortais, e ainda criamos teorias para nos convencer que a vida é eterna, ou seja, evitamos pensar na morte como algo real e inevitável.

Em nosso inconsciente, a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos. Nossa mente não consegue conceber a ideia de que nossa vida terrena terá um fim real, e, além disso, aceitamos a ideia de que só podemos ser mortos e não que podemos morrer de causas naturais, como com o avanço da idade. Essa concepção faz com que o ser humano não aceite a morte natural em seu tempo e, assim, tente sempre postergá-la (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 6).

Quanto mais a ciência avança, mais a morte passa a ser temida e negada como realidade. Há muitas razões para se fugir de encarar a morte, a principal delas é que morrer se tornou um ato solitário, mecânico, desumano e impessoal, onde o doente terminal é removido de seu lar e do meio familiar, e inserido na fria realidade hospitalar, sem que possa opinar ou clamar por paz e dignidade (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 12).

Durante os séculos, a morte era “familiar e próxima”, havia medo dos mortos, tanto que os mantinham à distância, mas havia familiaridade e aceitação da morte (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000, p. 253). No passado, enfrentava-se essa situação de forma muito próxima, as pessoas morriam em casa e o velório ocorria na própria residência da família, o que significava ter a morte como um acontecimento cotidiano, próximo e real. Nos dias atuais a morte vem sendo isolada, solitária, restrita a hospitais, onde quem presencia a morte é a equipe médica, sendo a família comunicada somente após o acontecimento (RAMOS, 2009, p. 276).

Hoje, com tantos avanços tecnológicos, a morte vem sendo prolongada e a vida estendida. Os profissionais da saúde têm em suas mãos o poder de decisão de quem deve morrer e quem deve viver, a partir das técnicas de manutenção artificial da vida. Decisões nada simples, que exigem uma preparação profissional não somente técnica, mas também psicológica, sociológica e espiritual para lidar

com o paciente, seus familiares e consigo mesmo (MENDONÇA; SILVA, 2006, p. 115-116).

Na opinião de Kübler-Ross (2008, p. 14), hoje em dia, em razão das tecnologias em prol do prolongamento da morte, o paciente terminal está sofrendo mais, não só fisicamente, mas também emocionalmente, “suas necessidades não mudaram através dos séculos, mas sim nossa aptidão em satisfazê-la”.

Os avanços tecnológicos proporcionam o controle da morte. Biologicamente, as pessoas podem ser mantidas em funcionamento de forma artificial, sem nenhuma perspectiva de cura ou melhora. Alguns procedimentos médicos apenas prolongam a morte, não trazendo benefícios ao paciente. Nessas situações, questiona-se se a dignidade da pessoa humana é respeitada, tanto que, hoje, reivindica-se a “reapropriação” da morte pelo próprio paciente, pleiteando o direito de morrer dignamente, conforme sua vontade (SANTOS, 2001, p. 284). Segundo Kübler-Ross (2008, p. 27), “morrer com dignidade significa ter permissão para morrer com seu caráter, com sua personalidade e com seu estilo”.

O direito de morrer dignamente é revestido de direitos, como a dignidade da pessoa humana, a liberdade, a autonomia e a consciência, concedendo ao paciente o desejo de uma morte humana, sem o prolongamento da vida por meio de um tratamento inútil e muitas vezes doloroso. Assim, não se trata da defesa de procedimentos que antecipem a morte do paciente, mas sim, do reconhecimento da sua liberdade e autonomia (SANTOS, 2001, p. 285).

Maria Helena Diniz (2001, p. 321) questiona a forma de como se morrer com dignidade:

Será que se pode impor a alguém a utilização de recursos que possam causar-lhe sofrimento ou risco? Haveria licitude na renúncia de algum tratamento que visa apenas o prolongamento precário e penoso da vida? Tal recusa do paciente seria um suicídio ou uma aceitação da condição humana?

Ao examinar nossa sociedade, que é propensa a ignorar ou evitar a morte, Kübler-Ross (2008, p. 16), indaga se a medicina continuará sendo uma profissão humanitária e respeitada ou uma nova ciência despersonalizada. Essa indagação surge da constatação de que estudantes de medicina aprendem todas as técnicas profissionais, mas não aprendem o simples relacionamento médico-paciente, onde são admirados pelas pesquisas laboratoriais que realizam,

mas não pela pergunta respondida com sensibilidade ao paciente, bem como na valorização da sociedade aos padrões de classe, mais do que as questões de tato, sensibilidade e bom senso.

O bem da pessoa humana deve ser sempre o centro dos objetivos tecnológicos. Segundo Ramos (2009, p. 50), a concepção da pessoa é estruturada por três ideias: a pessoa é um ser “racional”, possui conhecimento intelectual; é um ser “em relação”, sempre relacionado a outras pessoas ou coisas, e é um ser dotado de “dignidade”, que não tem preço. Logo, reconhecida a dignidade do homem, deve-se excluir toda e qualquer manipulação da pessoa humana.

Apesar da negação e da tentativa de se evitar a morte, o fim chegará para todos, é o resultado inevitável do nascer. Independentemente do tratamento médico oferecido, nós morreremos. A morte é uma limitação inerente à ciência e à medicina, pois nossa condição é de seres mortais e finitos, o que torna a morte um acontecimento biológico inevitável. Então, resta à medicina criar condições clínicas para que ela aconteça em paz, onde a dor e o sofrimento sejam minimizados (PESSINI, 2007, p. 60).

Morrer é parte natural da vida. Somos programados para morrer. No entanto, conviver com a ideia de que um dia morreremos não é de fácil aceitação para a maioria das pessoas. Assim, adquirimos a possibilidade e o direito de não morreremos antes do tempo e de morreremos com dignidade (OLIVEIRA, 2004, p. 23). Com isso, surgem novas formas de morrer, como a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia, temas de suma importância para a bioética, como veremos a seguir.

3.2 FORMAS DE MORRER: EUTANÁSIA, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA

3.2.1 Eutanásia

O termo eutanásia passa por uma evolução semântica durante os séculos: etimologicamente, o vocábulo eutanásia significa “boa morte” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000, p. 292). Ramos (2009, p. 277) enuncia que é necessário entendê-la no significado que a nossa cultura atual dá a ela, conferindo-lhe uma acepção de fuga da dor e da agonia, principalmente em casos de doenças incuráveis e intratáveis.

Otávia e Yduan de Oliveira May (2017, p. 13), explanam que, nos dias atuais, a nomenclatura eutanásia tem um novo significado: “ação médica que tem como escopo abreviar a vida da pessoa que se encontra em grave sofrimento decorrente de doença, sem perspectiva de melhora”. Possui dois elementos inerentemente relacionados: a intenção e o efeito da ação. A primeira gera a eutanásia ativa, quando tem a opção de gerar uma ação ou uma omissão; a segunda gera a eutanásia passiva ou ortotanásia, na forma da não realização da indicação terapêutica, mas não curativa.

Historicamente, Pessini e Barchifontaine (2000, p. 287-282) dividem a história da eutanásia em três épocas: a eutanásia ritualizada, a medicalizada e a autônoma. A primeira, que surgiu na época greco-romana, tem a morte como fato que vai além do significado biológico, tornando-a um acontecimento cultural, regularizado e ritualizado pela sociedade.

Após, surgiu a eutanásia medicalizada, nascida na Grécia com o surgimento da medicina e entendendo-se até a Segunda Guerra Mundial, afirmando que os cuidados médicos devem se concentrar em pessoas que têm o “corpo são por natureza”, com chances de melhora, e não naqueles que estão com doenças incuráveis, pois o médico “não se consagra ao prolongar e amargar a vida”. Esta etapa passou pela época dos Estoicos, que eram a favor da eutanásia; do Cristianismo, que adota uma posição contrária à eutanásia, uma vez que a Bíblia não reconhece sua prática. Após, no Renascimento, o termo eutanásia recebe seu significado atual, através do filósofo inglês Francis Bacon, que afirma que o médico deve aplicar a medicina não somente para curar, mas também para minorar as dores de uma enfermidade mortal (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000, p. 288).

Por último, tem-se a expressão eutanásia autônoma, situação atual do debate sobre o tema, onde a discussão se centra nos direitos dos enfermos: a decisão já não é mais de familiares, da sociedade ou dos médicos. O princípio da autonomia é consagrado e dá a cada um o direito à própria morte, dentro dos limites legais e dos códigos médicos deontológicos. Centrados nos princípios da ética e da beneficência começam a ser questionados junto com a posição médica paternalista (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000, p. 291).

A partir do século XVII, o termo eutanásia passa a fazer referência ao ato de pôr fim à vida de uma pessoa enferma. Atualmente, divide-se em eutanásia ativa (positiva ou direta) e eutanásia passiva (negativa ou indireta). A primeira trata de

uma ação médica para pôr fim à vida de uma pessoa enferma, administrando-lhe uma superdose de medicamento letal, por exemplo; a segunda, consiste numa omissão médica, na não aplicação de um tratamento terapêutico com finalidade de prolongar a vida do enfermo (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000, p. 293).

O conceito clássico de eutanásia significa tirar a vida do ser humano por considerações humanitárias (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000, p. 293). Entende-se também por eutanásia “a ação ou omissão que, em si ou na intenção, gera a morte a fim de suprir a dor” (RAMOS, 2009, p. 276). Porém, a pergunta que se formula em torno dessa morte humanitária e eliminadora da dor é se existe a possibilidade ética de dar uma resposta positiva a quem deseja morrer e pede ajuda para tal. O questionamento ainda levanta a questão ética sobre saber se a vontade do paciente deve ser respeitada em situações em que há a recusa das medidas terapêuticas consideradas indispensáveis para a manutenção da vida (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000, p. 291).

O Código de Ética Médica brasileiro, aprovado pela Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009, do Conselho Federal de Medicina, dispõe em seu art. 41: “é vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal” (BRASIL, 2009). No parágrafo único do mesmo artigo, demanda que, em doenças incuráveis, sejam aplicados cuidados paliativos (BRASIL, 2009).

Atualmente, a eutanásia vem sendo tratada pelo direito brasileiro como homicídio, tipificado pelo Código Penal, que prevê em seu art. 121: “Matar alguém: pena - reclusão, de seis a vinte anos”. Ainda, no parágrafo primeiro do mesmo artigo, existe a possibilidade de diminuição de pena quando “o agente comete o crime impellido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço” (BRASIL, 1940). Assim, a eutanásia pode ser considerada um homicídio privilegiado, motivado por relevante valor moral, por tirar a vida de alguém que se encontre em grande sofrimento e pede por tal fim (SÁ; NAVES, 2009, p. 312).

No cenário mundial, a Holanda foi pioneira em descriminalizar a eutanásia em seu território. Em 1º de abril de 2002, aprovou legislação específica sobre o tema, modificando o Código Penal holandês e a Lei reguladora dos funerais (SÁ; NAVES, 2009, p. 304). A partir daí, a eutanásia passou a ser regulamentada pelo

Código Penal, com a exclusão de culpabilidade, caso o médico cumprisse os seguintes requisitos: tenha se convencido que o pedido do paciente tenha sido voluntário, meditado e sob consentimento informado; tenha se convencido de que o paciente sofre muitas dores e que não há esperança de cura ou melhora; seja informado ao judiciário sobre a prática; outro médico, independente, consulte o paciente e emita um parecer favorável à eutanásia; e por último, pratique a eutanásia com o máximo de cuidado e esmero profissional (SÁ; NAVES, 2009, p. 308-309).

No mundo, além da Holanda, a Bélgica despenalizou a eutanásia em 2002. Após, Luxemburgo permitiu a prática e o Canadá, em 2006, aprovou a descriminalização. Na América do Sul, Uruguai e Colômbia adotaram normas legais da possibilidade de despenalização judicial do “homicídio piedoso”. Na prática, aplica-se um “perdão judicial” a essas situações, isentando médico de responsabilidade criminal se tiver sido praticado como resposta a um pedido reiterado da vítima em estado terminal e com intenção provada para pôr fim ao seu sofrimento intenso e irreversível (OS PAÍSES..., 2018).

Em outros países, a eutanásia é proibida, mas tem-se a prática do suicídio assistido, como na Suíça e em cinco estados americanos: Oregon, Washington, Vermont, Califórnia e Montana (OS PAÍSES..., 2018). A seguir, tem-se a distanásia, uma prática admitida mundialmente, diferentemente da eutanásia.

3.2.2 Distanásia

Como oposto da eutanásia, tem-se a distanásia. Enquanto a primeira tem a finalidade de acabar com a dor e a indignidade da doença crônica por meio da eliminação do portador da dor, a segunda dedica-se a prolongar ao máximo a vida humana, combatendo a morte como uma grande inimiga (SÁ; NAVES, 2009, p. 302).

Enquanto o aborto, o suicídio e a eutanásia, na visão do cristianismo passaram a ser pecados contra a vida, o prolongamento da vida teve suas origens com o pai da ciência moderna, Francis Bacon, que, no final do século XVI e início do século XVII, dividiu a medicina em três ofícios: a preservação da saúde, a cura das doenças e o prolongamento da vida. Referente a este último, Bacon adotava uma postura crítica, defendendo que a profissão médica devia se dedicar a curar as doenças graves, supostamente incuráveis, e não preferir a eutanásia como solução

para tais doenças. Assim, a ciência de Bacon instigou e impeliu os médicos a insistirem em tratamentos terapêuticos mesmo quando fossem considerados fúteis e inúteis (PESSINI, 2007, p. 147-148).

Etimologicamente, a palavra *distanásia* significa “afastamento da morte”, e advém do dialeto grego. Apesar de antiga, apenas nos últimos anos, com os avanços tecnológicos, a palavra vem sendo colocada em prática. Tanto que, hoje, a palavra é encarada com um novo significado: obstinação terapêutica. Na prática, a acepção da palavra é entendida como o prolongamento artificial da morte, mesmo quando os procedimentos médicos não preveem possibilidade de cura ou melhora (SANTOS, 2001, p. 286).

De acordo com Möller (2007, p. 24), a dificuldade de enfrentar a finitude humana, aliada aos crescentes avanços tecnológicos no âmbito das ciências da saúde, acarretam a adoção de vários procedimentos e tratamentos, razão pela qual as pessoas normalmente optam pelo excesso terapêutico. Nas palavras de Maria Helena Diniz (2001), “trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte”.

Nos Estados Unidos, o Conselho de Ética e Questões Jurídicas da Associação Médica Americana decidiu que o médico pode fazer o que for necessário para aliviar a dor severa e, da mesma maneira, pode cessar ou limitar tratamento para permitir que um paciente terminal morra quando a morte é iminente, desde que seja por razões humanas e com consentimento informado, uma vez que as preferências do paciente ou de seus familiares, quando este não está apto a decidir, devem prevalecer sobre o compromisso social do médico de manter a vida e aliviar o sofrimento (PESSINI, 2007, p. 118).

No Brasil, apesar dos Códigos de Ética Médica de 1984 e 1988 salientarem pela benignidade à vida humana e ao não abandono do paciente, hoje em dia a admissibilidade da *distanásia* tem relação direta com a permissão da prática da *ortotanásia*, regulamentada eticamente pela Resolução CFM nº 1.805/2006, uma vez que, ao se praticar a *distanásia* em pacientes terminais, ignora-se a *ortotanásia*, muitas vezes indicada para esses casos (PESSINI, 2009).

A *distanásia*, apesar de pouco debatida, é bastante praticada em alguns hospitais brasileiros, principalmente em hospitais de maior qualidade: quanto mais moderna e preparada a instituição de saúde é, mais possível e sofisticada pode ser

a distanásia. O problema maior é que a sociedade e a comunidade médica pouco sabem da existência e do significado do termo distanásia. A preocupação maior é com a manutenção da vida, independente de como ela ocorra. Pessini (2009) elucida sobre a manutenção da vida em face da qualidade da mesma: “a valorização da vida tende a se traduzir numa preocupação com a máxima prolongação da quantidade de vida biológica e no desvio de atenção da questão da qualidade da vida prolongada”.

A opinião pública mundial já discutiu amplamente os casos de pacientes famosos que foram mantidos “vivos” além dos limites naturais, tais como Truman, Franco, Tito, Hirohito e, no Brasil, Tancredo Neves, classificando estas situações como distanásicas (PESSINI, 2009).

Apesar de muito comum nas práticas hospitalares, existe uma forte crítica à distanásia, uma vez que a insistência terapêutica em tratamentos fúteis e inúteis em pacientes sem chance de cura ou melhora, que vivem em agonia e com dor, é considerado uma ofensa à dignidade da pessoa humana. Pessini (2007, p. 21), ao diferenciar as práticas de eutanásia e distanásia, ensina: “na eutanásia, por piedade, precipita-se a morte; na distanásia, sem piedade, prolonga-se o processo de morrer”. A decisão sobre a prática de distanásia é igualmente difícil às decisões sobre a prática da ortotanásia, uma vez que se utilizada a primeira, deixa-se de se utilizar a segunda, como será demonstrado a seguir.

3.2.3 Ortotanásia

Ao se procurar a palavra ortotanásia no dicionário, tem-se como resposta o significado de morte que acontece de maneira natural. A etimologia da palavra ortotanásia já nos dá uma explicação completa, sendo de origem grega: *ortho* significa correto, *thanatos* significa morte, portanto, morte correta. O artigo 2º, inciso I do Projeto de Lei nº 3.002 de 2008, preceitua a ortotanásia como “suspensão de procedimentos ou tratamentos extraordinários, que têm por objetivo unicamente a manutenção artificial da vida de paciente terminal, com enfermidade grave e incurável” (BRASIL, 2008).

A ortotanásia, também conhecida como eutanásia passiva ou eutanásia por omissão, foi autorizada legal e profissionalmente com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.805, de 26 de novembro de 2006, onde dispõe:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal (BRASIL, 2006, p. 1).

A referida Resolução, até hoje, sofre críticas por ser considerada uma forma de homicídio, tipificada pelo Código Penal. Tanto que, em maio de 2007, foi suspensa temporariamente, após Ação Civil Pública do Ministério Público Federal. Porém, cabe melhor explicar este assunto em um momento posterior, mais a frente.

Apesar da Resolução nº 1.805/2006 do CFM não ter força de lei, antes dela, a ortotanásia era considerada eutanásia, isso porque, ao não contar com previsão legislativa, a ortotanásia acabou num “limbo” normativo, em que a conduta do profissional fica sujeita a ser interpretada como homicídio em sua forma omissiva, previsto nos art. 121 e art. 13, § 2º, alínea “a”, ambos do Código Penal (BRASIL, 1940).

É difícil explicar a prática da ortotanásia, pois a mesma tem diferentes procedimentos, sendo aplicada de acordo com a situação e as condições de cada paciente. Porém, nenhuma delas se afasta da ideia central de promover maior bem-estar ao paciente, deixando-o encontrar uma morte tranquila, sem prolongamentos e sofrimentos desnecessários.

Ao realizarmos pesquisas na área, percebemos como o assunto ortotanásia é controverso, pelo número de artigos e publicações encontradas. Um grupo de pesquisadores, ao realizarem um estudo sobre tal prática, entre acadêmicos de cursos de saúde, muito bem explanaram o conceito da ortotanásia:

Na prática da ortotanásia, o paciente continua recebendo os cuidados básicos e paliativos, o que se interrompe é o uso da tecnologia ou procedimentos fúteis como forma de prolongar a morte dolorosa, ou seja, a distanásia. Tampouco ocorre na ortotanásia o auxílio para acelerar o processo da morte como na eutanásia. A ortotanásia compreende a morte com dignidade, na qual o paciente, assim como pôde escolher como viveria, pode também escolher como morrer (SANTOS; MENEZES; GRADVOHL, 2013, p. 2646).

A polêmica em torno da ortotanásia faz com que a mesma seja muito abordada na comunidade médica, jurídica e ética, tanto nas universidades quanto em hospitais e instituições legislativas. Outro artigo traz o resultado de uma pesquisa

realizada com 12 profissionais de enfermagem do curso de especialização *lato sensu* de enfermagem em UTI em Minas Gerais, onde se concluiu que:

[...] na percepção dos enfermeiros, a ortotanásia é prática que visa respeito à dignidade humana por meio de morte digna, além de estar envolta em princípios bioéticos que permitem suspender medidas curativas, dando espaço para o paliativismo como mecanismo de diminuição do sofrimento e da dor dos pacientes em fase terminal (SANTANA, 2017, p. 158).

Podemos ter uma percepção do que é a ortotanásia: uma prática que visa promover uma morte natural ao paciente, sem interferências dolorosas e inúteis. Nas palavras dos pesquisadores Santos, Menezes e Gradwohl (2014, p. 2645): “ocorre a suspensão dos procedimentos médicos na fase terminal do paciente para que ocorra a morte natural, com o alívio dos sintomas que levam ao sofrimento”.

A ortotanásia é considerada por Pessini e Barchifontaine (2000, p. 315) como a arte de morrer bem, sem ser vítima da eutanásia ou da distanásia. Seu grande desafio é como morrer corretamente, humanamente, como resgatar a dignidade do ser humano em sua última fase, quando ela é marcada por dor e sofrimento.

A prática da ortotanásia é utilizada apenas em doentes terminais, com diagnóstico sem probabilidades de recuperação e cura, consistindo em suspender os tratamentos extraordinários, mantendo apenas os secundários, como a alimentação e os cuidados paliativos contra a dor, por isso mais a frente trataremos dos doentes terminais e dos cuidados paliativos.

Por fim, cabe ressaltar que a ortotanásia traz um viés contrário à distanásia e com mais respeito à dignidade da pessoa humana do que a eutanásia. Pessini e Barchifontaine (2000, p. 315), elucidam: “a ortotanásia é a antítese de toda tortura, de toda morte violenta em que o ser humano é roubado não somente de sua vida, mas também de sua dignidade”. Assim, pode-se interpretar a ortotanásia como um ideal de morte se encarada através do princípio da dignidade da pessoa humana.

3.3 DOENÇAS TERMINAIS E CUIDADOS PALIATIVOS

Antes de tratarmos dos cuidados paliativos, é importante tratarmos das situações em que eles são necessários, ou seja, em doentes terminais. A expressão “doente terminal” caracteriza alguém com uma doença em fase final, sem perspectiva de cura, cujo desfecho será a morte. Essas doenças se arrastam por muito tempo, a maioria é chamada de “doença crônica” ou “fora de possibilidade terapêutica” (OLIVEIRA, 2004, p. 23).

Como doente terminal, Rui Nunes (2016, p. 77) refere-se como “aquele paciente em que a doença não responde a nenhuma terapêutica conhecida e, conseqüentemente, entrou em um processo que conduz irreversivelmente à morte”. Porém, ressalta que a determinação da fase terminal da vida de um doente é sempre casuística, devendo ser analisado caso a caso para, assim, decretar a doença como em fase terminal.

Essa fase é muito difícil para todos os envolvidos: o doente, além da dor emocional e física, ainda tem que travar uma batalha contra a cultura do “não morrer”; os familiares nem sempre dispõem de infraestrutura para assegurar o bem-estar do doente, nem os sistemas público e privado estão preparados para oferecer atenção necessária a essas pessoas; o profissional da saúde se vê limitado pela inevitável finitude da vida (OLIVEIRA, 2004, p. 24).

Assim, um fenômeno recente na história da humanidade vem ocorrendo cada vez mais: “a hospitalização da morte”. Por falta de tempo, falta de espaço apropriado e por não saberem como lidar com a finitude da vida dos entes queridos, as famílias não têm como cuidar dos doentes terminais (OLIVEIRA, 2004, p. 25).

Cabe aqui uma breve reflexão sobre as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), invenção norte-americana, criada durante a Guerra da Coréia (1945-1953) e aperfeiçoada durante a Guerra do Vietnã (1964-1975). Fátima Oliveira, em seu livro “*Bioética, uma face da cidadania*”, explica o objetivo da criação de uma UTI: “a finalidade de uma UTI é atender pessoas com probabilidade de recuperação para a vida consciente e autônoma. Ponto. Indicá-la, portanto, para doentes terminais, é, no mínimo, um ato de desumanidade” (OLIVEIRA, 2004, p. 27).

Sgreccia (2002, p. 717), explana que chega um momento em que, sob o ponto de vista terapêutico, não se pode mais aplicar procedimentos médicos a fim de impedir o avanço da doença. Nesses momentos, a medicina deve empregar

outros recursos, os cuidados normais ou os cuidados paliativos. O autor (2002, p. 717) demonstra que há diferenças entre as duas práticas: da primeira, se entendem a alimentação, a hidratação e a higiene do doente, mesmo que artificialmente; da segunda, entendem-se os tratamentos usados para controlar a dor de pacientes com doenças incuráveis, mediante procedimentos que permitam ao paciente uma melhor qualidade de vida.

A partir de estudos sistemáticos, a Organização Mundial de Saúde faz grave alerta acerca do fim da vida de pessoas doentes: os pacientes estão morrendo sozinhos, com medo e cheios de dor, sintomas físicos, psicológicos e espirituais não estão sendo cuidados. No caminho para o fim da vida, muitas medidas terapêuticas curativas são inúteis e fúteis. É nesse contexto que a OMS recomenda os cuidados paliativos (MORITZ, 2011, p. 42).

Moritz (2011, p. 43-44), conceitua os cuidados paliativos como uma abordagem voltada para a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares diante de doenças que põem em risco a vida. Sua atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, tendo como referência a pessoa doente, suas necessidades especiais e sua família, não a cura da doença que o aflige. Assim, os cuidados paliativos consistem no atendimento aos cuidados básicos do doente terminal, como sua higiene, alimentação, bem-estar e controle da dor.

Moritz (2011, p. 47) ainda diferencia os cuidados do fim da vida e os cuidados paliativos, caracterizando o primeiro como uma parte dos cuidados paliativos, empregados quando fica claro que o paciente inevitavelmente encontra-se próximo à morte. Sobre o segundo, ensina:

A intervenção paliativa constitui uma modalidade terapêutica interdisciplinar que objetiva o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida de pessoas com doença incurável, com evolução para a morte. É específica para aplicação em situações em que existe uma expectativa de vida limitada pela própria progressão da doença e as intervenções não irão influenciar no tempo de vida da pessoa, mas sim em sua qualidade, aliviando qualquer sintoma que acarrete sofrimento (MORITZ, 2011, p. 47).

A proposta dos cuidados paliativos veio provocar mudanças na abordagem terapêutica de pessoas doentes em fase terminal. O médico, ensinado e treinado para curar doenças, vê uma mudança na atuação profissional: não visa mais o prolongamento artificial da vida, mas sim proporcionar o maior conforto possível para que a pessoa doente consiga viver dignamente até o momento de sua

morte (MORITZ, 2011, p. 46). Assim, cabe ressaltar que os cuidados paliativos constituem uma resposta indispensável aos problemas do final da vida, uma vez que garantem a ética, a dignidade e o bem-estar do ser humano em seus momentos finais.

4 A LIBERDADE DE MORRER

4.1 A RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805 DE 2006 E O DIREITO BRASILEIRO

Se no passado recente evitava-se falar sobre a morte, a pós-modernidade, trazida pela bioética, permitiu uma maior reflexão sobre a morte e o morrer. Em decorrência das reflexões viabilizadas pela Segunda Guerra Mundial, introduziu-se o conceito de direitos humanos e foram estabelecidos padrões de respeito à dignidade da pessoa humana, o que, de certa forma, trouxe a necessidade de se falar do direito à vida e, como reflexo, sobre o direito à morte digna, resgatando o direito à autonomia e à autodeterminação, proporcionados também pela pós-modernidade (MORITZ, 2011, p. 188).

No Brasil, há muito tempo se procurava uma solução humanizada para o fim da vida, tanto que a terminalidade desta constou em vários projetos de lei, tanto na Câmara quanto no Senado, onde imprecisões técnicas e morais impediram a elaboração de uma regra geral para o fim da vida com dignidade.

Foi nesse contexto que o Conselho Federal de Medicina (CFM), após um longo processo de elaboração, iniciado pela disponibilização pública do projeto e terminado com uma série de conferências de profissionais de diversas áreas, publicou, em 28 de novembro de 2006, a Resolução CFM nº 1.805, regulamentando a suspensão do esforço terapêutico, determinando que, na fase terminal de doenças graves e incuráveis, é permitido ao médico suspender procedimentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhes os cuidados necessários para o alívio da dor e do sofrimento, respeitando a vontade do paciente ou de seu representante legal (MORITZ, 2011, p. 204).

Porém, em 9 de maio de 2007, o Ministério Público, na pessoa do procurador regional dos Direitos do Cidadão do Distrito Federal, Wellington Divino Marques, ajuizou uma Ação Civil pública contra o CFM, requerendo a revogação da Resolução, sob as alegações de que se deviam definir critérios para permitir ao médico a realização da prática da ortotanásia e que, após atendidos tais critérios, o Ministério Público e o Judiciário deveriam ser comunicados e consultados, antes da suspensão de qualquer prática terapêutica (MORITZ, 2011, p. 205).

Ainda em sede de alegações, o Ministério Público requereu que o CFM editasse uma nova Resolução, determinando as balizas para que o Ministério

Público e o Judiciário examinassem caso a caso, a fim de se garantir a observância e preservação dos direitos e garantias fundamentais. Em matéria de concessão da tutela antecipada, alegou que o CFM não teria poder para regulamentar tal seara e defendeu que a ortotanásia era considerada crime, equiparando-se a eutanásia, considerada homicídio pelo Código Penal. Por fim, sustentou que o governo brasileiro mal consegue garantir uma vida digna ao cidadão, quem dirá um morrer com dignidade (MORITZ, 2011, p. 206).

Em 23 de outubro de 2007, o juiz da 14ª Vara Federal do Distrito Federal, concedeu a antecipação de tutela para suspender os efeitos da Resolução CFM nº 1.805/2006. A Ação Civil Pública nº 2007.34.00.014809-3 foi processada e instruída regularmente e o Ministério Público Federal, em suas alegações finais, concluiu que o CFM tinha competência para editar a Resolução, que não versa sobre direito penal, mas sim sobre a ética médica, da mesma forma, defendeu que a ortotanásia não se compara à eutanásia e, por isso, não constitui crime. Ainda, alegou que a Resolução CFM nº 1.805/2006 não modificou o dia a dia dos médicos, que há muito tempo lidam com pacientes terminais, e que a Resolução incentiva os médicos a descreverem os procedimentos que adotam e que deixam de adotar em relação a doentes terminais, de modo a permitir mais transparência quanto aos procedimentos médicos (MORITZ, 2011, p. 206).

Assim, em 1º de dezembro de 2010, o mesmo juiz da 14ª Vara Federal do Distrito Federal julgou improcedente a Ação Civil Pública e revogou a antecipação de tutela. A sentença transitada em julgado criou uma situação única no mundo, pois a ortotanásia foi reconhecida no sistema jurídico brasileiro por uma sentença judicial de um juiz federal, com efeito *erga omnes*, valendo em todo território, protegendo o direito de todos os cidadãos brasileiros. Diferentemente das decisões internacionais que, até então, haviam sido proferidas apenas para alguns casos concretos, com efeito *inter partes* (MORITZ, 2011, p. 207).

Deste modo, cabe apresentar aqui, integralmente, a Resolução CFM aprovada e em vigor:

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006****(Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, p. 169)**

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são 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;

CONSIDERANDO o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”;

CONSIDERANDO que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes;

CONSIDERANDO que o art. 1º da Resolução CFM nº 1.493, de 20.5.98, determina ao diretor clínico adotar as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;

CONSIDERANDO que incumbe ao médico diagnosticar o doente como portador de enfermidade em fase terminal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 9/11/2006,

RESOLVE:

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no *caput* deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 9 de novembro de 2006 (BRASIL, 2006).

Apesar de inexistir lei federal que trate especificamente dos direitos do paciente ao recusar tratamento médico, a pauta tem produção teórica que interpreta vários dispositivos legais dispersos pelo ordenamento jurídico brasileiro. Como se pode observar nas próprias considerações da Resolução CFM nº 1.805/2006, a

mesma tem respaldo no direito brasileiro, a começar pela Constituição Federal, que garante a dignidade da pessoa humana, em seu art. 1º, inciso III, e a proteção à tortura e a tratamentos desumanos, como previsto no art. 5º, inciso III do mesmo diploma legal (BRASIL, 1988).

Ainda, respaldando a Resolução, há o direito à liberdade, previsto no art. 5º, inciso II da Constituição Federal, que consiste em ninguém ter de submeter-se a qualquer vontade, senão a da lei formal e materialmente constitucional. Assim, se a lei não proíbe ou impõe determinado comportamento, as pessoas têm autonomia para adotá-lo ou não. Logo, na ausência de lei federal que imponha práticas terapêuticas ou não, o paciente tem direito a aceitá-las ou não, atendendo à Resolução CFM nº 1.805/2006 (LOCH; GAUER; CASADO, 2008, p. 198).

O Código Civil de 2002 também apresenta um dispositivo legal que pode ser considerado como fundamentação para o consentimento informado, disposto no art. 1º, § 1º da referida Resolução. O Código Civil, em seu artigo 15, prevê que ninguém pode ser submetido a tratamento médico ou intervenção cirúrgica contra sua vontade. Além do âmbito federal, há outras normas que preveem uma morte digna, como a Lei Estadual Paulista nº 10.245/1999, que trata dos direitos dos usuários do Sistema Público de Saúde no Estado de São Paulo, e a Resolução nº 41/1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que assegura à criança ou jovem hospitalizado que não têm mais chance de cura, o direito à morte digna, sem intervenções médicas abusivas ou desnecessárias, podendo morrer até mesmo em casa (LOCH; GAUER; CASADO, 2008, p. 200).

Portanto, apesar da Resolução nº 1.805/2006 do CFM encontrar algumas críticas no âmbito penal e moral, a mesma está de acordo com a legislação brasileira civilista, sendo um dispositivo ético importantíssimo para indicar e regulamentar as práticas médicas no final da vida de pacientes em fase terminal.

4.2 CONSENTIMENTO INFORMADO E DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

A prática do consentimento informado é considerada a expressão de uma atitude eticamente correta, uma vez que esta condição manifesta o reconhecimento do paciente como um ser autônomo, livre e merecedor de respeito, observando o princípio da dignidade da pessoa humana. Ainda, o consentimento informado é uma

importante ferramenta na legitimação e fundamentação do ato médico, por isso, é uma condição indispensável na relação médico-paciente (CLOTET; GOLDIM; FRANCISCONI, 2000, p. 13).

Conceitualmente, Clotet, Goldim e Franscisoni (2000, p. 29) tratam o consentimento informado como uma decisão voluntária, tomada por uma pessoa autônoma e capaz, após um processo informativo e deliberativo, visando a aceitação ou não de um tratamento médico, tendo conhecimento da natureza do mesmo, de seus riscos e consequências.

Historicamente, o primeiro registro do surgimento da prática do consentimento informado foi em 1767, na Inglaterra, quando um paciente em tratamento de uma fratura óssea na perna teve seus ossos desunidos propositalmente e com o uso de um aparelho não convencional, causando nova fratura e danos desnecessários, além de não ter sido informado ou consultado sobre o procedimento a ser realizado. Deste modo, procurou a Corte Inglesa, que, após perícia realizada por outros profissionais, concluiu que o procedimento foi desnecessário e sem anuência do paciente que, se consultado teria protestado e negado o tratamento, assim, condenou os médicos por imperícia e ignorância, e indicou que todos os procedimentos fossem informados aos pacientes e realizados com o consentimento destes (CLOTET; GOLDIM; FRANCISCONI, 2000, p. 30).

Ao longo das décadas, o consentimento informado passou a ser normatizado e hoje deve observar alguns requisitos básicos: a) capacidade para consentir: o paciente deve ser capaz de tomar decisões livre e conscientemente, é o que valida moral e legalmente o consentimento informado; b) componente de informação: o médico deve ter conhecimento de todas as técnicas aplicáveis ao caso e apresentá-las ao paciente sem nenhuma omissão, informando sobre os riscos e consequências dos tratamentos terapêuticos, bem como os resultados caso o paciente recuse qualquer tratamento, podendo recomendar a alternativa mais adequada; c) respeito à autonomia: o profissional de medicina não pode agir coercivamente ou recusar-se a aplicar ou não o tratamento, respeitando a decisão do paciente (CLOTET; GOLDIM; FRANCISCONI, 2000, p. 15-73).

O consentimento informado pode ser oral ou escrito, sendo esta última forma a mais recomendada, devendo ser elaborado um Termo de Consentimento Informado, com uma linguagem clara e acessível e após um longo processo de diálogo, explicações e informações. No termo, devem estar presentes todas as

informações prestadas, as explicações sobre riscos e benefícios dos tratamentos e procedimentos, tendo como elementos do consentimento a decisão em favor de uma opção, dentre no mínimo duas propostas e a autorização para a realização dos procedimentos escolhidos ou, para a não realização de nenhum procedimento. No caso de inconsciência ou incapacidade do paciente em obter e fornecer o consentimento informado, o mesmo deve ser dado por um familiar ou pelo representante legal (CLOTET; GOLDIM; FRANCISCONI, 2000, p. 111-112).

Ao tratarmos sobre o consentimento informado, é essencial abordarmos as diretivas antecipadas de vontade, criadas para que o paciente possa demandar instruções sobre futuros cuidados médicos que receberá quando estiver incapaz de expressar sua vontade. Dividem-se em duas espécies: o testamento vital e a procuração para cuidados de saúde, esta última também chamada de mandato duradouro. Quando ambos estão previstos em um único documento são chamados de Diretivas Antecipadas de Vontade. Esta divisão foi feita em 1990, por uma lei norte-americana, considerada a primeira lei do mundo a tratar sobre diretivas antecipadas de vontade (DADALTO, 2013, p. 63).

Dadalto (2013, p. 63) demonstra a diferença entre os dois institutos: o testamento vital é uma espécie de diretiva antecipada, utilizada quando a incapacidade do paciente for resultado de uma doença fora de possibilidades terapêuticas, ou seja, uma doença terminal. Já a procuração para cuidados da saúde, consiste em um documento utilizado em caso de incapacidade permanente ou temporária, e refere-se à nomeação de um procurador de saúde, que decidirá em nome do paciente, no caso de incapacidade deste.

No Brasil, por causa de sua terminologia, o testamento vital passou a ser chamado de declaração prévia de vontade do paciente terminal, uma vez que difere do testamento *causa mortis*, por ser considerado um negócio jurídico, com efeito *inter vivos*. Deste modo, o documento é utilizado por pacientes terminais, que possuem plena capacidade, com a finalidade de manifestar previamente sua vontade acerca dos tratamentos e não tratamentos médicos a que deseja ser submetido quando estiver impossibilitado de manifestar sua vontade, diante de uma situação de terminalidade. A declaração prévia é considerada um modelo de pura manifestação a respeito da autonomia, uma vez que há a expressa vontade do paciente, manifestada quando estava capaz e em plena consciência de sua situação e de suas possibilidades (DADALTO, 2013, p. 64).

Os principais objetivos da declaração prévia de vontade do paciente terminal consistem em garantir ao paciente que seus desejos sejam atendidos e sua autonomia respeitada no momento da terminalidade de sua vida. Da mesma forma, proporcionam ao médico um respaldo legal para a tomada de decisões em situações conflitivas, que encontram limites na objeção de consciência do médico e na proibição de disposições contrárias ao ordenamento jurídico. A declaração, em regra, produz efeitos *erga omnes*, vinculando médicos, parentes do paciente e eventual procurador de saúde (DADALTO, 2013, p. 64).

Cabe ressaltar que o testamento vital é aplicável apenas a pacientes em fase terminal, cuja condição é irreversível, independentemente de ser tratado ou não, e que apresenta uma alta probabilidade de morrer num período relativamente curto de tempo, mas que se encontra consciente e capaz, apesar de seu estado de terminalidade. Pacientes em estado vegetativo persistente, mantidos vivos por suporte vital ou medicação administrada para atrasar o momento de sua morte, não possuem conexão com o meio externo e não demonstram nenhuma atividade voluntária, por isso não possuem capacidade para expressar sua vontade (DADALTO, 2013, p. 67).

O paciente, ao optar por fazer o testamento vital, deve decidir quais tratamentos, procedimentos e cuidados de saúde deseja e quais não deseja que lhe sejam aplicados em seu momento de terminalidade, da mesma forma, pode nomear um procurador ou não. Caso seja nomeado, o documento passa a ser chamado de Diretivas Antecipadas de Vontade, caso contrário, caracteriza-se a apenas como testamento vital ou declaração prévia de vontade do paciente terminal (DADALTO, 2013).

É importante que este documento seja redigido com a ajuda de um médico de confiança do paciente, contudo, o médico terá o papel apenas de orientar a pessoa quanto aos termos técnicos, não deve o profissional de saúde impor sua vontade ou seus interesses pessoais, pois a vontade que está sendo manifestada é exclusivamente do paciente. É indicado consultar um especialista jurídico no tema, porém, não obrigatório (DADALTO, 2013).

Dentre os requisitos formais do testamento vital, encontram-se a capacidade civil do paciente, que deve ser maior de 18 anos e ter discernimento e condições de tomar decisões por si mesmo. A validade do documento vai até que o paciente a revogue ou faleça e para sua eficácia é importante que seja anexado ao

prontuário médico e informado aos familiares de sua existência. O registro de uma lavratura pública em cartório não é obrigatório, porém, garante maior eficácia ao testamento vital (DADALTO, 2013).

A compreensão de que o ser humano deve ser tratado como sujeito e não objeto, leva à compreensão de que o ponto principal da relação médico-paciente é o consentimento informado, onde há o respeito à vontade consciente do paciente, onde ele toma sua decisão baseada em todas as informações necessárias para tal. Da mesma maneira, as diretivas antecipadas de vontade respeitam a autonomia e o direito de escolha do paciente, garantindo que seu desejo seja obedecido em seus momentos finais.

4.3 CONFLITO ENTRE OS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS DA BENEFICÊNCIA E DA AUTONOMIA E SUA INFLUÊNCIA NA TOMADA DE DECISÃO DA EQUIPE MÉDICA NA PRÁTICA DE ORTOTANÁSIA

Em reflexões no VI Congresso Brasileiro de Direito Médico, que ocorreu em Belo Horizonte/MG no ano de 2016, Márcio Luis de Oliveira apresenta o médico e o paciente como dois sujeitos com direitos fundamentais recíprocos, que podem figurar situações de atrito e concorrência. Sob a perspectiva jurídica, apresenta o paciente como portador de dois direitos fundamentais: o direito à vida e o direito à liberdade de consciência, convicção e escolha. Em contrapartida, há o médico, que possui o direito fundamental ao exercício da profissão, que é regido pelo Código de Ética Médica (BRASIL, 2017, p. 67).

Ocorre que, em certas situações, o profissional da medicina fica dividido sobre qual caminho seguir. É o caso de pacientes terminais que escolhem suspender tratamentos que lhe asseguram a vida, mesmo que dolorosamente e sem chance de cura. O Código de Ética Médica (BRASIL, 2009) é bastante controverso quanto à maneira que o médico deve proceder: enquanto assegura o direito à autonomia da vontade do paciente nos artigos 24 e 31, veda ao médico que deixe de utilizar todos os meios de tratamentos disponíveis em favor do paciente, mesmo a pedido deste, nos artigos 32 e 41. Vejamos:

É vedado ao médico:

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. [...]

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 (BRASIL, 2009).

Referente ao dever médico de praticar somente atos benéficos ao ser paciente, ignorando sua vontade:

É vedado ao médico:

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 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 (BRASIL, 2009).

Além de todas essas divergências no Código de Ética Médica brasileiro, sobre como proceder diante ao conflito da beneficência e da autonomia em casos terminais, ainda há a Resolução CFM nº 1.805/2006, que defende a autonomia de vontade do paciente, proporcionando-lhe o direito de escolha entre continuar com um tratamento terapêutico inútil ou cessar com o método terapêutico, deixando a morte chegar dignamente no seu momento.

Desta forma, neste último tópico, será abordada a discussão sobre a autonomia do paciente e os deveres profissionais médicos, baseados no princípio da beneficência, que constituem o ponto central do conflito entre a obstinação terapêutica e o direito a uma morte digna. Aqui, serão apresentados alguns casos onde a intenção e o dever profissional do médico, no intuito de fazer o bem e proporcionar o tratamento terapêutico indicado ao paciente, divergiram com a vontade do mesmo, apresentando a tendência a se observar o princípio da beneficência ou o princípio da autonomia.

Caso I: Paciente renal crônico em um Hospital público de São Paulo/SP

Em um estudo para analisar e sistematizar a experiência do Comitê de Bioética no Hospital Público de São Mateus, em São Paulo/SP, um grupo de

pesquisadores se deparou com um caso de um paciente adulto, renal crônico, internado na UTI, que não aceitava terapia dialítica indicada pela equipe médica, preferindo seguir o caminho natural da doença. Essa posição provocou conflito na equipe assistencial, no sentido de acatar a decisão do paciente ou realizar a prescrição do especialista, sendo que a ausência do tratamento poderia levar o paciente a óbito (OLIVEIRA; OLIVEIRA; NOGUEIRA-MARTINS, 2017, p. 342).

O caso foi acompanhado diretamente pelo Comitê de Bioética do hospital, a partir da solicitação da equipe da UTI. Foi criada comissão com membros do Comitê que conversaram com a família, constituída pelos filhos do paciente, tendo chegado à conclusão de que a vontade do paciente deveria ser respeitada. Essa decisão foi apresentada à equipe médica e ao nefrologista que atendia o paciente, e acatada por ambos (OLIVEIRA; OLIVEIRA; NOGUEIRA-MARTINS, 2017, p. 342). Neste caso, pode-se observar a importância dos Comitês de Bioética dentro das instituições de saúde, que auxiliaram a equipe médica e assistiram ao paciente, decidindo por acatar o princípio da autonomia.

Caso II: Paciente com câncer terminal em um Hospital em Porto Alegre/RS

Após sentença reconhecendo a legalidade da Resolução CFM nº 1805/2006, a Apelação cível 70042509562 do TJRS, de 1º de junho de 2011, relatada pelo Desembargador Armínio José Abreu Lima da Rosa, assegurou a uma paciente com câncer em fase terminal, Dona Irene, o direito a não ser submetida à hemodiálise, considerada esforço terapêutico fútil que contrariava sua vontade, manifestada verbalmente ao seu filho (BRASIL, 2010).

Na referida apelação, onde a vontade do filho, requerida pela mãe, era optar pela suspensão terapêutica, havia a vontade do neto, apelante, antes responsável pela avó, que optava pela distanásia. Assim, é o breve relato do voto do relator:

O presente processo, *ultima ratio*, reflete a disputa entre a ortotanásia e a distanásia, corresponde a primeira a assegurar às pessoas uma morte natural, sem interferência da ciência, evitando sofrimentos inúteis, assim como dando respaldo à dignidade do ser humano, ao passo que a segunda implica prolongamento da vida, mediante meios artificiais e desproporcionais, adjetivando-a de “*obstinação terapêutica*”, na Europa, senão “*futilidade médica*”, nos Estados Unidos (BRASIL, 2010).

No âmbito da atuação médica, o Relator destaca controversa com o tratamento decorrente do art. 57 do Código de Ética Médica, que veda ao médico deixar de utilizar todos os meios disponíveis de tratamento em favor do paciente, que veio receber considerado embate em face da Resolução CFM nº 1.805/2006 (BRASIL, 2010).

Ainda, além do neto, o hospital onde a paciente estava internada e a equipe médica também eram favoráveis à manutenção das práticas terapêuticas na paciente, a distanásia. Porém, a legitimidade e responsabilidade de ambos foi afastada, dando legitimidade ao filho, que negava a hemodiálise, afim de fazer a vontade da mãe. Nas palavras do relator:

Não pode o hospital sobrepor-se à vontade da família e, mais especificamente, do representante legal da paciente, para interferir de maneira gravosa na vida da paciente, ainda que com boa intenção e para lhe dar mais algum tempo de vida, porém, a custo de sofrimento que ela não pretende passar (BRASIL, 2010).

Portanto, na decisão do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul foi observado o princípio da autonomia e reconhecida a vontade da paciente, assim como de seu filho e representante legal, de não realizar o tratamento de hemodiálise, considerado inútil e doloroso, desprovendo o recurso de apelação interposto pelo neto e pelo hospital, visando a continuidade do tratamento.

Caso III: Charlie Gard, um caso internacional sob a perspectiva do ordenamento jurídico brasileiro

Ainda mais delicado que a fase terminal em adultos, são as doenças graves e incuráveis em pediatria. Aqui temos o caso do bebê britânico Charlie Gard, que chamou a atenção do mundo inteiro ao ter sua situação de continuidade da vida decidida nos Tribunais de Londres, onde, de um lado estava o Hospital e do outro, os pais da criança.

Em um artigo sobre considerações médicas, éticas e jurídicas sobre decisões de fim de vida em pacientes pediátricos, Luciana Dadalto e Carolina de Araújo Affonseca (2018, p. 13), apresentam o caso do bebê Charlie, que nasceu em Londres, em 04 de agosto de 2016 e logo apresentou fraqueza muscular. Aos dois meses de idade, foi internado no hospital Great Ormond Street, em Londres, com

dificuldade para se alimentar, hipoatividade e insuficiência respiratória. A partir daí, começaram-se as investigações e chegaram ao diagnóstico de distúrbio mitocondrial grave e raro: síndrome de depleção de DNA mitocondrial, alteração genética que causa disfunção em órgãos e tecidos com maior demanda energética, como músculos, cérebro, fígado, coração e rins, levando-os à falência com o tempo, prejudicando, assim, a sobrevivência do paciente. A doença rara ainda não conhece cura.

No início de 2017, os pais de Charlie identificaram um tratamento experimental, negado pelos médicos, pois o bebê já apresentava crises convulsivas e deterioração da função encefálica e o tratamento seria inútil. Um médico norte-americano, envolvido na pesquisa da doença, ofereceu-se para tratar Charlie, e, nesse período, mediante campanhas, os pais da criança arrecadaram recursos financeiros necessários para custear o tratamento e o transporte de Charlie para os Estados Unidos (DADALTO; AFFONSECA, 2018, p. 13).

Contudo, os médicos que cuidavam de Charlie consideraram que a transferência e submissão ao tratamento eram contrárias ao melhor interesse da criança, uma vez que a doença se encontrava em estágio muito avançado. Assim, iniciou-se uma briga judicial, onde a equipe médica e o hospital requereram à justiça inglesa permissão para retirar o suporte avançado artificial de vida e prestar cuidados paliativos exclusivos a Charlie. Os pais não concordaram com o referido pedido, contestando e apelando judicialmente. O caso teve repercussão mundial, onde até mesmo o presidente americano Donald Trump e o Papa Francisco se manifestaram a favor dos pais de Charlie. Porém, a Corte Inglesa acatou o pedido do hospital e os pais perderam judicialmente, tanto em sede inicial quanto em sede de recursal (DADALTO; AFFONSECA, 2018, p. 14).

Então, em 24 de julho de 2017, os pais aceitaram que o tratamento experimental pudesse não trazer benefícios a Charlie e decidiram acatar a indicação do Hospital, pedindo que o bebê fosse transferido para casa, a fim de que pudesse estar perto da família e em seu próprio quarto nos momentos finais de vida, o que foi negado pelo hospital, que o transferiu para uma instituição de cuidados paliativos, onde foi submetido à retirada do suporte artificial que mantinha sua respiração. Charlie morreu em 28 de julho de 2017 (DADALTO; AFFONSECA, 2018, p. 14).

No caso de Charlie, os médicos optaram pela prática da ortotanásia, mesmo contra a vontade dos pais. Na Inglaterra, assim como no Brasil, não há uma

legislação específica para casos como estes, que se tornam ainda mais complexos uma vez que a criança, legalmente, não tem capacidade para optar pela realização da prática terapêutica ou suspendê-la. No ordenamento jurídico brasileiro, para a solução desse caso, entende-se que há dois direitos concorrentes: o direito à morte digna de Charlie, consubstanciado pelo melhor interesse da criança, e o direito ao exercício da autoridade parental pelos pais, consubstanciado no dever de cuidado (DADALTO; AFFONSECA, 2018, p. 19-20).

Deste modo, não há uma resposta que diga que a prática adotada pelos médicos de Charlie foi certa ou errada, pois tanto há legitimidade da equipe médica quanto dos pais do bebê. Ambas têm embasamento legal nos diversos diplomas jurídicos brasileiros interpretados, bem como na doutrina, que é divergente sobre esse assunto. O que se tem como consenso é que a relação médico-paciente deve ser de diálogo, respeito, acordo e, acima de tudo, informação.

Caso IV: Pesquisa com dez médicos oncologistas de dois hospitais públicos do Distrito Federal

As pesquisadoras Sanches e Seidl (2013, p. 25) conduziram um estudo com dez médicos oncologistas que atuam em hospitais públicos do Distrito Federal, a fim de refletir e discutir, com contribuições da bioética, sobre práticas de limitação ou retirada de suporte vital em situação de terminalidade, a partir do relato dos referidos profissionais. O estudo foi realizado especialmente com médicos oncologistas, pois são profissionais da saúde que lidam frequentemente com o fim da vida, uma vez que o câncer vem sendo uma das doenças crônicas onde mais se busca o prolongamento da vida por meios artificiais.

As pesquisadoras estruturaram um roteiro de entrevista com questões que permitiram a obtenção de relatos em oito eixos de pesquisa, os quais serão demonstrados a seguir, já com as respectivas análises e conclusões:

a) concepção de ortotanásia e eutanásia: nove, dos dez médicos entrevistados, souberam conceituar o termo ortotanásia, compondo três categorias: *“deixar a vida seguir seu curso; não realizar esforços fúteis; prover conforto e cuidados paliativos até o desfecho”*. Já quanto ao conceito de eutanásia, os dez médicos souberam

responder, compondo também três categorias: “*interrupção da vida*”; “*intervenção ativa do médico*”; “*indução da morte*” (SANCHES; SEIDL, 2013, p. 26-27).

Assim, no que concerne à conceituação dos termos ortotanásia e eutanásia os médicos, em sua maioria, apresentaram um conhecimento condizente com a literatura dos temas (SANCHES; SEIDL, 2013, p. 26-27).

b) influências na decisão acerca da limitação ou retirada de suporte vital em condição de terminalidade: os relatos sobre qual decisão mais influencia na aplicação ou não do suporte vital de vida, permitiram identificar cinco categorias: “*decisão é de todos*”; “*decisão é do médico*”; “*decisão é da família e do médico*”; “*decisão é do paciente e da família*”; “*decisão é da família*” (SANCHES; SEIDL, 2013, p. 28).

O debate sobre quem tem a responsabilidade de decidir acerca da limitação ou da retirada do suporte de vida ainda é muito controversa. Enquanto alguns profissionais defendem que a autonomia do paciente vem a frente de todas as outras opiniões, outros preferem ter o respaldo da anuência familiar e outros, ainda, preferem que o paciente e a família não influenciem na decisão, partindo apenas do médico e seus conhecimentos técnicos (SANCHES; SEIDL, 2013, p. 28).

c) relação médico-paciente: quanto à influência da relação médico-paciente nas decisões de fim da vida, três, dos dez médicos, afirmaram que a relação não só influencia, como também auxilia na tomada de decisão do profissional, sendo fundamental para traçar uma estratégia para os procedimentos de final da vida; já outros três participantes defenderam que a participação da família na tomada de decisão é mais importante que a participação do paciente; outros três médicos, afirmaram que o ideal é a participação do paciente, da família e do médico, formando um “*trinômio relacional*”, onde todos têm poder de decisão, a fim de se chegar a um consenso. Apenas um dos participantes defendeu que a participação do paciente na tomada de decisão a torna muito mais difícil para o médico e para a família (SANCHES; SEIDL, 2013, p. 28-29).

d) enfrentamento de conflitos entre profissionais e familiares em situações do fim da vida: No que se refere à atitude do profissional em situações nas quais o paciente aceita a terminalidade e a família não, a maioria dos participantes afirmou

que o desejo do paciente deve prevalecer, enquanto a minoria defendeu que a família tem maior poder de decisão que o paciente (SANCHES; SEIDL, 2013, p. 29).

e) aplicação de limitação de suporte vital: quem toma a iniciativa de conversar sobre o assunto e decide fazer? Segundo oito participantes, a iniciativa de suspender o suporte vital geralmente parte do médico, mas com a participação e a anuência do paciente que, junto com sua família, muitas vezes já pensou no assunto, mas por falta de conhecimento ou coragem, não toma a iniciativa; um dos entrevistados apontou que a iniciativa parte da família; e o último, que parte do paciente (SANCHES; SEIDL, 2013, p. 29).

f) contribuição da formação e da experiência profissional nas práticas de retirada ou limitação de suporte vital: no que concerne à contribuição da graduação de medicina no conhecimento sobre as atitudes frente à terminalidade da vida, sete dos dez participantes afirmaram que a formação foi deficiente nesse aspecto, declarando que a pauta não faz parte do currículo da faculdade e afirmando que adquiriram experiências sobre a terminalidade apenas na prática clínica, após concluir o curso, como na residência médica; os demais participantes não explicitaram suas posições nessa seara (SANCHES; SEIDL, 2013, p. 30).

g) conhecimento da Resolução CFM nº 1.805/2006: ao serem questionados sobre a resolução, sete participantes afirmaram que a conhecem e alguns deles expressaram as vantagens na criação da Resolução, pois se trata de um suporte legal para um procedimento que é histórico da medicina, já outros se mostraram preocupados com a fragilidade legal de um documento redigido por uma entidade de classe; três médicos afirmaram desconhecer a resolução e mencionaram o Código de Ética Médica (SANCHES; SEIDL, 2013, p. 30).

h) efeitos da Resolução CFM nº 1.805/2006 na prática atual dos profissionais de medicina: A maioria dos médicos entrevistados, oito deles, afirmou que a resolução não afeta a rotina atual, uma vez que as decisões de final de vida são baseadas por conceitos morais e éticos; um dos entrevistados não soube prever os efeitos da resolução; e o último afirmou que a resolução trouxe mais segurança e respaldo na atuação do médico, afetando a rotina hospitalar (SANCHES, SEIDL, 2013. p. 31).

De modo geral, as pesquisadoras concluíram que a maioria dos médicos tem conhecimento conceitual do que se trata a ortotanásia e a distanásia, distinguindo uma da outra. No que concerne à tomada de decisão da primeira, de modo a introduzir ou não o suporte de vida no paciente terminal, foi possível concluir que os critérios técnicos são importantes para embasar as decisões dos médicos, porém, critérios éticos e morais têm a mesma importância na tomada de decisão que os critérios técnicos possuem (SANCHES; SEIDL, 2013, p. 31).

Percebeu-se também a importância de uma boa relação médico-paciente, bem como uma boa relação com a família do mesmo, que é percebida como uma extensão do paciente e geralmente é incluída nas tomadas de decisão, não só para representar a autonomia do paciente, mas também para legitimar a ação do médico, que, na maioria dos casos, é quem tem a iniciativa de conversar sobre a retirada ou a introdução do suporte de vida do paciente (SANCHES; SEIDL, 2013, p. 31).

Por fim, apenas dois terços dos participantes conheciam a Resolução CFM nº 1.805/2006, e estes enfatizaram que a Resolução é frágil em termos de suporte jurídico, defendendo a necessidade de uma lei com respaldo do congresso nacional. Da mesma maneira, apontaram os princípios bioéticos como principais norteadores no momento da tomada de decisão de se optar pela ortotanásia ou não, a fim de se praticar ações humanizadas e éticas no fim da vida (SANCHES; SEIDL, 2013, p. 31).

Em análise dos quatro casos apresentados, pode-se perceber que, em três deles, a autonomia de vontade do paciente prevaleceu em face da recomendação da equipe médica, que sempre prezou pelo princípio da beneficência, ou seja, procurou a técnica que mais atende ao benefício da vida ao paciente. O que corrobora com o pensamento de Möller (2007, p. 93), que destaca a importância do doente terminal morrer a seu modo, respeitando o direito da dignidade e da autonomia que, em conjunto, disponibilizam o direito à morte digna ao paciente.

Deste modo, apesar de haver uma convergência entre os princípios bioéticos da autonomia e o da beneficência e dos mesmos causarem uma controversa entre opiniões médicas, filosóficas e jurídicas, a evolução da percepção do ser humano durante os séculos, causou uma mudança no modo a encarar a morte através destes princípios. No início dos séculos, recaía somente sobre o médico a decisão de cessar ou não os tratamentos terapêuticos que mantinham a vida do paciente, hoje em dia, esta decisão vem sendo, na maioria das vezes,

pautada também na vontade do paciente e de seus familiares, dando voz à autonomia do mesmo.

5 CONCLUSÃO

Após pesquisas e estudos, chega-se ao fim deste trabalho tendo uma melhor percepção do instituto morte. Apesar de ser uma certeza na vida de todos, ainda não é encarada como uma realidade que acometerá cada um em algum momento da vida, pondo fim a ela. Essa negativa em aceitar a terminalidade da vida humana vem inovando processos terapêuticos e criando novas tecnologias para o prolongamento da vida, mesmo em doentes terminais sem chance de cura ou melhora. Tais procedimentos terapêuticos podem acarretar em dor e sofrimento ao doente, lhe tirando a dignidade no fim da vida.

Por isso, a observância do princípio da dignidade da pessoa humana, bem como aos princípios bioéticos, é tão importante em situações de final da vida. Os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça regem os profissionais médicos em sua profissão, da mesma maneira que norteiam o Código de Ética Médica Brasileiro. A partir daí e da necessidade de se regulamentar o morrer com dignidade, surgiu a Resolução CFM nº 1.805/2006, regulamentando eticamente a prática da ortotanásia no Brasil, a fim de se evitar a distanásia e tratamentos terapêuticos inúteis e dolorosos.

Apesar de aliada ao Consentimento Informado e às Diretivas Antecipadas de Vontade, a Resolução CFM nº 1.805/2006 proporcionar certo respaldo legal aos médicos, ainda não conseguiu resolver alguns conflitos éticos, morais e principialistas dentre os profissionais da medicina que lidam com a terminalidade da vida: nos casos em que a opinião do paciente, exercendo sua autonomia, e a vontade do médico, observando seu dever legal da beneficência, convergem, no que concerne à tomada de decisão de manter/introduzir o suporte de vida ao paciente ou não, considerando os princípios bioéticos da autonomia e da beneficência, a qual o médico deve observar e obedecer para tomar sua decisão?

As referências que a referida decisão deve observar não estão previstas e regulamentadas em nenhuma Resolução ou Lei, até mesmo o Código de Ética Médica é controverso nesse sentido. Assim, cabe ao médico tomar tal decisão. Analisando os casos apresentados, podemos perceber que a decisão depende de cada profissional e do caso concreto e que, enquanto uns atendem ao princípio da autonomia do paciente, outros observam o princípio da beneficência. Porém, há uma incidência maior e, por isso, uma tendência do profissional médico considerar a

vontade do paciente e da família, conciliando as mesmas com os critérios técnicos do caso, a fim de tomar a decisão mais acertada entre manter/introduzir ou não o suporte artificial de vida ao paciente.

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. **Constitucionalismo discursivo**. Porto Alegre/RS: Editora do Advogado, 2007.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**: Natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2018. Disponível em: <http://anafracao.com.br/files/atividades_docentes/2018-03-21-Tema_V_Leitura_III.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2019.

BIOÉTICA. *In*: DICIONÁRIO Aurélio. Brasil: Editora Positivo, 2018. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/bioetica>> Acesso em: 20 out. 2018.

BORGES, Gustavo. **Bioética aplicada e aspectos jurídicos da prática hospitalar**. 1ª edição. Curitiba/PR: Editora Multideia, 2017.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em 28 set. 2018

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.346**, 8 de agosto de 1991. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1991/1346_1991.pdf>. Acesso em:

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.805/2006**. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>>. Acesso em: 5 abr. 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3002/2008**. Regulamenta a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=386610>>. Acesso em: 26 set. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. 2017. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_1.asp>. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível nº 70042509562**. Relator: Des. Armínio José de Abreu Lima da Rosa. Acórdão em 1º de dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.tjrs.jus.br/busca/search?q=cache:www1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php%3Fnome_comarca%3DTribunal%2Bde%2BJusti%25E7a%26ve>

rsao%3D%26versao_fonetica%3D1%26tipo%3D1%26id_comarca%3D700%26num_processo_mask%3D70042509562%26num_processo%3D70042509562%26codEm enta%3D4200429++70020868162++++&proxystylesheet=tjrs_index&client=tjrs_index&ie=UTF-8&lr=lang_pt&site=ementario&access=p&oe=UTF-8&numProcesso=70042509562&comarca=Porto%20Alegre&dtJulg=01/06/2011&relator=Arm%C3%ADnio%20Jos%C3%A9%20Abreu%20Lima%20da%20Rosa&aba=juris> Acesso em: 08 mai. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética**. 2015. Disponível em <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/recomendacoes/BR/2015/8>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Medicina, direito, ética e justiça: reflexões e conferência do VI Congresso Brasileiro de Direito Médico**. Brasília/DF: CFM, 2017.

CAMPOS, Adriana; OLIVEIRA, Daniela Rezende. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**. Belo Horizonte. n. 115. p. 13-45. Jul./dez. 2017. Disponível em: <<https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/514>>. Acesso em: 23 out. 2018.

CLOTET, Joaquim; GOLDIN, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos Fernando. **Consentimento Informado e sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre/RS: Editora EdiPucRS, 2000.

DADALTO, Luciana. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). Barcelona, Espanha. **Rev. de Bioética y Derecho**. n. 28, p. 61-71. maio de 2013. Disponível em: <<https://testamentovital.com.br/wp-content/uploads/2018/05/Distor%C3%A7%C3%B5es-acerca-do-testamento-vital-no-Brasil.pdf>> Acesso em: 18 mai. 2019.

DADALTO, Luciana; AFFONSECA, Carolina de Araújo. Considerações médicas, éticas e jurídicas sobre decisões de fim de vida em pacientes pediátricos. **Revista Bioética**. v. 26, n. 1. Brasília, Jan./Mar. 2018.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 1ª Edição. São Paulo/SP: Editora Saraiva. 2001.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 2ª Edição. São Paulo/SP: Editora Saraiva. 2002.

ENGELHARTD, H. Tristram Jr. **Fundamentos da Bioética**. 2ª edição. São Paulo/SP: Editora Loyola, 2004.

GARRAFA, Volnei; KOTTOW, Miguel; SAADA, Alya. **Bases conceituais da bioética, enfoque latino americano**. São Paulo/SP: Editora Gaia, 2006.

- GOLDIM, José Roberto. **Princípio da Beneficência**. [online]. 14 de março de 1998. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/benefic.htm>>. Acesso em: 23 out. 2018
- HECK, José. **Bioética: autopreservação, enigmas e responsabilidade**. Florianópolis/SC: Editora UFSC, 2011.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 9ª edição. São Paulo/SP: Editora Martins Fontes, 2008.
- LOCH, Jussara de Azambuja; GAUER, Gabriel José Chittó; CASADO, María. (Organizadores). **Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica**. Porto Alegre/RS: EdiPucRS, 2008.
- MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de bioética e biodireito**. São Paulo/SP: Editora Atlas, 2010.
- MAY, Otávia de Oliveira; MAY, Yduan de Oliveira. **Eutanásia e dignidade da pessoa humana**. 2ª edição. Curitiba: Editora Multideia, 2017.
- MENDONÇA, Adriana Rodrigues dos Anjos; SILVA, José Victor da. **Bioética: meio ambiente, saúde e pesquisa**. 1ª edição. São Paulo/SP: Editora Látrida. 2006.
- MÖLLER, Leticia Ludwig. **Direito à morte com dignidade e autonomia: o direito à morte de pacientes terminais e os princípios da dignidade e autonomia da vontade**. Curitiba/PR: Editora Juruá, 2007.
- MORITZ, Rachel Duarte. **Conflitos bioéticos do viver e do morrer**. Brasília/DF: Conselho Federal de Medicina, 2011.
- NORA, Carlise Rigon Dalla; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; VIEIRA, Margarida M. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 114-123, abr. 2015.
- NUNES, Rui. **Diretivas antecipadas de vontade**. Brasília/DF: CFM/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2016.
- NUNES, Rui. **Ensaio em bioética**. Brasília/DF: Conselho Federal de Medicina, 2017.
- OLIVEIRA, Fátima. **Bioética, uma face da cidadania**. 2ª edição. São Paulo/SP: Editora Moderna, 2004.
- OLIVEIRA, Maridite Cristóvão Gomes de; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de; NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. A experiência do comitê de bioética de um hospital público. **Revista Bioética**. Brasília, v. 25, n. 2, p. 338-347, ago. 2017.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>> Acesso em: 01 fev. 2019.

OS PAÍSES que permitem a morte assistida. **Diário de Notícias**, Lisboa, Portugal, 29 de maio de 2018 [online]. Disponível em: <<https://www.dn.pt/portugal/interior/os-paises-que-permitem-a-morte-assistida-9386887.html>>. Acesso em: 8 abr. 2019.
 PEGORARO, Olinto Antônio. **Ética e Bioética, da subsistência à existência**. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2002.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Cristian de Paul de. **Problemas atuais de bioética**. 5ª edição. São Paulo/SP: Editora Loyola, 2000.

PESSINI, Leo. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** 2ª edição. São Paulo/SP: Editora Loyola, 2007.

PESSINI, Léo. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**. São Paulo. 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394>. Acesso em: 06 abr. 2019.

PETRY, Franciele Bete. (PIBIC/CNPq). BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. Princípios de Ética Biomédica. (4 ed.) São Paulo: Edições Loyola, 2002. (Resenha). **Revista ethic@**. v. 3, n. 1, p. 87-92, Jun. 2004. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ethic/article/viewFile/14702/13467>>. Acesso em: 20 out. 2018.

RAMOS, Dalton Luiz de Paula. **Bioética, pessoa e vida**. 1ª edição. São Caetano do Sul/SP: Editora Difusão, 2009.

ROSA, Aruanã Emiliano Martins Pinheiro. A declaração universal dos direitos humanos de 1948 e a liberdade de orientação sexual: interpretação do caso brasileiro. **1º Seminário Internacional de Ciência Política: Estado e Democracia em mudança no século XXI**. Porto Alegre, UFRGS, 2015.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de Biodireito**. Belo Horizonte/MG: Editora Del Rey, 2009.

SANCHES, Kilda Mara Sanchez y; SEIDL, Maria Fleury. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.17, n.44, p.23-34, jan./mar. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2013.v17n44/23-34/pt>> Acesso em: 04 jun. 2019.

SANTANA, Júlio César Batista. Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. **Revista Bioética**. Brasília, v. 25, n. 1, p. 158-167, abr. 2017.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. **Biodireito, ciência da vida e novos desafios**. São Paulo/SP: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

SANTOS, Luís Roberto Gonçalves dos; MENEZES, Mariana Pires; GRADVOHL, Silvia Mayumi Obana. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. **Revista Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2645-2651, set. 2013.

SCOTTINI, Maria Aparecida; SIQUEIRA, José Eduardo de; MORITZ, Rachel Duarte. Direito dos pacientes às diretivas antecipadas de vontade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 440-450, dez. 2018.

SGRECCIA, Elio. **Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica**. V. 1. São Paulo/SP: Editora Loyola, 2002.

SGRECCIA, Elio. **Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica**. V. 1. 3ª edição. São Paulo/SP: Editora Loyola, 2009.

VARELLA, Dráuzio. **Por um fio**. 3ª edição. São Paulo/SP: Editora Companhia das Letras, 2004.

VARGA, André C. **Problemas de Bioética**. São Leopoldo/RS: Editora Unisinos, 2001.

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. Autonomia *versus* beneficência. **Revista Bioética**. v. 19, n.1, p. 105-117, 2011. Disponível em:
<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/611/627>
Acesso em: 09 out. 2018.