

## A PRÁTICA NA CONDUTA DISTANÁSICA À LUZ DA NECESSÁRIA PRESERVAÇÃO DO DIREITO À DIGNIDADE DO PACIENTE

Cássia Tatiane Oliveira Silva<sup>1</sup>  
Ana Thereza Meirelles Araújo<sup>2</sup>

**SUMÁRIO: 1 INTRODUÇÃO 2 NOTAS ELEMENTARES SOBRE A FINITUDE DA VIDA 2.1 EVOLUÇÃO TECNOLÓGICA E CIENTÍFICA 2.2 A CONDUTA DISTANÁSICA EM OUTROS PAÍSES E NOS PAÍSES SUBDESENVOLVIDOS 3 DISTANÁSIA 3.1 A DIGNIDADE HUMANA E OS CUIDADOS PALIATIVOS NO PACIENTE TERMINAL 3.2 AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE 4 OS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS DA MEDICINA E A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO 5 CONCLUSÃO REFERÊNCIAS.**

**RESUMO:** Artigo destinado à reflexão acerca da conduta distanásia por meio da qual se prolonga artificialmente a vida de maneira desproporcional em pacientes terminais. Inevitavelmente, a vida tem um fim e este deve ser respaldado no princípio da dignidade humana, onde o médico deve oferecer os cuidados paliativos necessários para a preservação do conforto e autonomia do paciente, respeitando a sua vontade e de seus familiares. Para tanto, necessário se faz uma formação apropriada dos profissionais de saúde frente a terminalidade da vida, agindo sempre com base nos princípios bioéticos da Medicina. Ademais, no ordenamento jurídico brasileiro, a responsabilização do médico que pratica a distanásia ainda é difícil de apurar e os pressupostos para essa caracterização necessitam ser averiguados, necessitando de uma modificação na legislação pátria, ao tempo que possíveis soluções podem ser buscadas no direito comparado.

**Palavras-chaves:** Distanásia; Paciente terminal; Dignidade humana; Cuidados paliativos; Responsabilidade médica.

**ABSTRACT:** Article destined to the reflection concerning the conduct disthanasia through which is prolonged the life in a disproportionate way artificially in terminal patients. Unavoidably, the life has an end and this should be backed in the the principle human dignity, where the doctor should offer the necessary palliative cares for the preservation of the comfort and the patient's autonomy, respecting his will and of their relatives. For so much, necessary it is made an appropriate formation of the professionals of health front the terminality of the life, always acting with base in the principles bioethics of the Medicine. Besides, in the Brazilian Legal Order, the medical liability that he practices the disthanasia is still difficult to discover and the presuppositions for that characterization need to be discovered, needing a modification in the Brazilian legislation, at the same time that possible solutions can be looked in the compared right.

**Keywords:** Disthanasia; Terminal patient; Human dignity; Palliative cares; Medical liability.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do 9º semestre do curso de Direito da Universidade Católica do Salvador (UCSal).

<sup>2</sup> Orientadora. Doutora em Relações Sociais e Novos Direitos pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente da Universidade Católica do Salvador (UCSal), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e da Faculdade Baiana de Direito, Brasil.

## 1 INTRODUÇÃO

A temática envolvendo a terminalidade da vida precisa ser compreendida a partir do aspecto histórico, social e cultural da humanidade. Dialogar sobre a morte sempre foi considerado um tabu, visto que o indivíduo sempre encontrou dificuldades para compreender esse momento e essa concepção possibilita entender a conduta atual diante da finitude humana.

O avanço progressivo da ciência e da tecnologia gerou novas maneiras de tratar algumas doenças e de se chegar a diagnósticos, pois a aparelhagem moderna consegue grandes feitos, antes inimagináveis. É claro que toda essa tecnologia deve ser usada em benefício dos pacientes, no entanto, o que tem ocorrido no momento da morte é o seu prolongamento de forma artificial, causando sofrimento e angústia para os portadores de doenças terminais. Essa prática, mesmo não sendo tão discutida, é recorrente no meio médico e conhecida como distanásia, entendida como obstinação terapêutica ou afastamento da morte.

Frente a esse tema, é necessário ressaltar o princípio da dignidade humana. O indivíduo é um ser que possui direitos e deveres que devem ser respeitados para que se possa viver bem e em harmonia consigo e com a coletividade. De igual maneira, a pessoa deve ter sua dignidade respeitada, também, no momento da morte, não sendo suscetível de sofrimentos exacerbados.

Há a necessidade, então, de compreender a finitude humana, que vem perdendo o significado com o avançar do tempo. É igualmente necessário perceber a diferença entre o cuidar e o curar e, nesse contexto, é que surgem os tratamentos paliativos. Isso significa que o paciente tem o direito de manter sua integridade física, podendo morrer de forma digna e confortável e sem dor. O enfermo deve ser observado sobre uma ótica multidisciplinar.

Os cuidados paliativos ainda são emergentes, principalmente no Brasil, e precisam enfrentar vários obstáculos, mas são animadores, porque podem tanto ser desenvolvidos em casa (*home care*), onde os pacientes se encontram no ninho familiar e rodeados pelos seus, quanto nos hospitais, nos momentos de consulta ou quando se encontram internados.

No exercício pleno de sua autonomia, ao paciente terminal é permitido expressar sua vontade quanto ao tratamento e procedimento que deseja ser submetido, através de um testamento vital, que é um documento escrito quando

ainda possui capacidade de manifestar livremente seu desejo. Desse modo, o médico precisa seguir essas orientações, desde que permitidas por lei, e anexá-las ao prontuário do doente.

A questão da prática distanásica alcançou um patamar que a fez ser vista como uma conduta técnica e passou a ser associada a um princípio ético. Isso ocorre devido às diversas controvérsias que o tema apresenta, bem como sobre o enfoque da responsabilidade do médico que a desempenha. Por isso, é fundamental a discussão sobre o assunto, visto que quanto maior a tecnologia, mais discernimento e responsabilidade o profissional precisa ter.

No Brasil, é possível perceber que não há uma regulamentação clara sobre o final da vida, o ordenamento jurídico é silencioso e o médico precisa atuar baseado em alguns artigos do Código de Ética Médica e em resoluções do Conselho Federal de Medicina.

Ademais, muitas famílias não querem a aplicação dessa conduta no ente enfermo, porém o médico faz porque tem medo de ser acusado de omissão, visto que o Código Penal Brasileiro não acompanhou a evolução da medicina e os órgãos de classe não possuem força jurídica para superarem a eficácia jurídica da norma. Aliado a isso, existe a judicialização excessiva, os maus investimentos e as condições precárias do sistema de saúde que fazem os médicos terem outro olhar no tratar.

Dessa maneira, apurar a responsabilidade do médico que pratica a distanásia não é uma questão fácil, devendo os pressupostos serem averiguados para possíveis reparações de danos ao paciente e familiares.

## **2 NOTAS ELEMENTARES SOBRE A FINITUDE DA VIDA**

O ser humano, como ente dotado de capacidade, de raciocínio e de cultura, é capaz de reconhecer-se como indivíduo e de questionar sua existência, o sentido da vida e a sua finitude. Essa consciência foi adquirida com a evolução humana no passar do tempo, contudo, desde os seres mais primitivos, a morte era percebida como algo sobrenatural. É fundamental conhecer o aspecto histórico da morte para que se possa compreender o comportamento atual dos indivíduos diante da terminalidade da vida.

O antagonismo entre a dualidade vida e morte sempre existiu, mas a maneira como as pessoas enfrentavam a perda dependia do contexto cultural, da religião, de seus relacionamentos e do envolvimento com aquele que partiu. O enterro do homem de Neanderthal é o exemplo do mais arcaico culto à morte, pois, além dos ossos, foram encontrados adereços e ornamentos em sua sepultura (BONJARDIM; BEZERRA; VARGAS, 2010, p. 2-3).

A partir de determinados momentos da história, os ritos fúnebres passaram a ser celebrados para representar a passagem e tentar superar o terror que a morte representa, qual seja a separação dos entes queridos e a incerteza. Então, pode-se dizer que a religião tomou para si o papel de conduzir tais formalidades para poder dar um conforto e socialização aos que ficaram (KOVÁCS, 1992, p. 24-25).

Michele Negrini (2014, p. 29-30) esclarece que, entre o século XVIII e início do século XIX, os familiares dos doentes ficavam de vigília e, quando a morte chegava, a casa era aberta para todos aqueles que queriam se despedir. A crítica com relação a isso diz respeito à grande quantidade de pessoas no leito de morte, dado que comprometia as normas de higiene. Posteriormente, quando o padre, em procissão, se dirigia para a casa do agonizante, a fim de lhe conceder a comunhão eucarística, muitos dos transeuntes o acompanhavam para demonstrar solidariedade. A partir do século XX, o local da morte passou a ser o hospital, visto que possuía maior conforto e melhores condições de limpeza. Conseqüentemente, esse momento de partida deixou de ser comunitário e tornou-se mais íntimo.

A negativa da morte na pós-modernidade passou a evidenciar o olhar que o indivíduo lança sobre si e, ao observar a finitude do outro, contempla o seu próprio fim e a perda de sua individualidade. Quando o homem aceita a morte, está admitindo o seu fracasso como humano e é por isso que a existência da finitude é rejeitada, porque o êxito do ser sobre a espécie se daria com a superação da morte (NEGRINI, 2014, p. 35).

Michele Negrini (2014, p. 35) evidencia, ainda, que a morte é a condição de existência do indivíduo e que a mesma iguala a todos, mas é a partir dela que a autonomia pode ser exercida e o tempo restante deve ser aproveitado. É a certeza do morrer que faz com que o homem viva plenamente, transmitindo os seus valores culturais.

Outrossim, difícil conjuntura da finitude da vida decorre, então, das circunstâncias que ecoam no momento da despedida, onde aparecem os elementos

tanto racionais quanto não racionais, mas que evidenciam a autonomia da pessoa no momento de morrer. Há, ali, uma consciência desse fim, justificada pelos valores humanos, juntamente com os princípios éticos e jurídicos (MEIRELLES; AGUIAR, 2017, p. 720).

## 2.1 EVOLUÇÃO TECNOLÓGICA E CIENTÍFICA

No decorrer das décadas, a tecnologia progrediu significativamente e trouxe um avanço muito promissor para diversas áreas, e com a ciência não foi diferente, principalmente a ciência médica. O poder de intervenção no tratamento de algumas doenças, através de aparelhos mais modernos, possibilitou uma nova perspectiva no curar e no tratar dos pacientes e, a partir daí, a morte também ganhou um novo olhar (FEIO; OLIVEIRA, 2011, p. 617).

Foi por volta da década de 1950 que surgiram as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), visto que os profissionais perceberam que era mais simples reunir vários aparelhos em um só lugar para atender àquele paciente que necessitava de maiores cuidados ou que se encontrava mais grave e, conseqüentemente, possuía uma assistência melhor das equipes. Entretanto, essas unidades, antes desenvolvidas para receber aqueles que tinham chances de cura, passaram a acolher também aqueles doentes crônicos, com a intenção de tardar o processo de agravamento que algumas doenças provocavam (SANTOS, 2017, p. 11-13).

Não é por acaso que Léo Pessini (2001, p. 48-49) afirma que a procura por melhores tratamentos é crescente, tanto nos países desenvolvidos quanto nos emergentes, porque trazem um alívio e expectativa. As tecnologias alcançaram as áreas do diagnóstico e do tratamento das doenças e, utilizá-las, passou a ser uma busca dos sistemas de saúde e a fazer parte da rotina dos médicos. Em decorrência disso, os custos com tal inovação são elevados, majorando, assim, as intervenções. A expectativa é que tais condutas fiquem cada vez mais caras, ao tempo em que a qualidade de vida melhora significativamente.

Ainda de acordo com Léo Pessini (1996, p. 2-3), possuir mais conhecimento ou agilidade tecnológica, através de maquinários modernos, no contexto da morte, fez com que esta se torne cada vez mais difícil, visto que não dá para antever a sua chegada, o que dificulta o enfrentamento e provoca questões éticas geradoras de apreensão e indecisão.

A medicina moderna, associada à crescente evolução tecnológica e científica, propicia o surgimento de novas especialidades, ao tempo em que aparece a denominada “nova ciência”, onde os aparatos é que fornecem os princípios que anteriormente eram dever dos médicos. Em alguns momentos, a arte médica é deturpada e a subjetividade do paciente deixa de ser exteriorizada. Além disso, o progresso trouxe o crescimento das indústrias farmacêuticas, dando um novo sentido à clínica. Nesse sentido, aparentemente, a medicina passa por uma crise e só a bioética é capaz de promover uma discussão interdisciplinar e chegar a possíveis soluções (SIQUEIRA, 1997, p. 1-7).

Não se faz aqui um questionamento dos benefícios, mas sim do abuso das tecnologias. É inegável a ajuda que os aparelhos de ultrassonografia, ressonância, tomografia, mamografia, dentre outros, proporcionam no diagnóstico e no tratamento de determinadas enfermidades. As inovações devem ser usadas de modo adequado, principalmente quando se tratar de morrer em paz e com dignidade (SIQUEIRA, 2018, p. 1-7).

## 2.2 A CONDUTA DISTANÁSICA EM OUTROS PAÍSES E NOS PAÍSES SUBDESENVOLVIDOS

A discussão sobre a prática na conduta distanásica precisa ser vista em um âmbito geral, para que as diversas perspectivas sobre o tema sejam consideradas, dado que a dignidade humana dos pacientes terminais, aqui abordada, deve ser protegida e concedida a todos, sem distinção.

Em uma de suas colocações, Léo Pessini (2001, p. 95-97) faz uma leitura acerca de questões éticas sobre o tema e especialmente sobre o Conselho da Europa que, em 1999, acolheu a Recomendação n. 1418, que versa sobre os direitos humanos e a dignidade dos pacientes terminais. Vale ressaltar que tal Conselho agrupa quinze estados membros e orientou aos mesmos que propiciem aos doentes incuráveis e terminais proteção jurídica e social, principalmente contra os seguintes perigos:

- a) de que com a aproximação da morte a pessoa seja vítima de sintomas insuportáveis (dor, asfixia etc.); b) de ter a vida prolongada contra a própria vontade; c) de morrer no isolamento e no abandono; d) de terminar a vida receando ser um peso para a sociedade; e) de escassez de meios artificiais de sobrevivência por razões econômicas; f) de escassez de recursos para o

cuidado e o apoio aos doentes incuráveis e terminais (PESSINI, 2001, p. 95-97).

Maria Elisa Villas-Bôas (2005, p. 155-167) aborda a atenção que é dada ao conteúdo nas disposições legais de alguns países, de modo geral na esfera dos direitos humanos. No que tange à legislação colombiana, é permitida a “eutanásia passiva” que, segundo a corte do país, é a suspensão de meios artificiais de prolongamento da vida para aqueles pacientes sem expectativa de cura, com a sua aprovação, excluindo, assim, a penalidade aos médicos. Nos Estados Unidos, o ordenamento jurídico é diversificado nos estados, todavia, no Connecticut, a resolução emitida pela Sociedade Médica permite a descontinuação do suporte vital e orienta sobre o cuidado e conforto para com os enfermos.

Ainda de acordo com a autora supracitada, o Código Deontológico Português permite que o médico tenha liberdade para formular o diagnóstico e não aplicar tratamentos fúteis que visem somente a obstinação terapêutica. Dessa forma, se posiciona contra a prática distanásica, ratificada, do mesmo modo, na Constituição Pátria (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 159).

Diante disso, é notório que muitos países já consideram a distanásia como uma prática prejudicial ao ser humano e que deve ser abordada partindo de um princípio ético e, desse modo, digno. O morrer também deve ser discutido e o ordenamento jurídico, além dos Conselhos de Medicina, tem a função de respaldar as condutas médicas, proporcionando maior segurança jurídica para os profissionais de saúde e para os familiares. Ademais, a autonomia do paciente nesses casos deve ser levada em consideração, juntamente com a atuação médica, com a finalidade de propor um morrer sem sofrimento e com integridade, através da promoção de cuidados paliativos.

Esse é um tema de difícil discussão em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, visto que as questões centrais da saúde estão voltadas para filas imensas, dificuldade de acesso e indicadores de saúde extremamente ruins. A distanásia possui um enfoque tecnológico e, eventualmente, os locais mais desenvolvidos possuem recursos para financiar esses apetrechos e prolongarem a vida das pessoas além do seu período natural. É claro que a distanásia também ocorre no serviço de saúde público, mas as instalações que dispõem desse suporte encontram-se com uma demanda abundante.

O progresso científico e a propensão à cura fizeram com que a medicina aumentasse seus custos e se tornasse inviável para algumas pessoas, deixando de ser acessível e igualitário para todos. Principalmente na esfera dos países subdesenvolvidos, a pressão do mercado pela evolução diverge de forma significativa das receitas dos estados. A tendência, como já acontece em alguns países, é a privatização da saúde, o que exclui progressivamente os mais pobres do acesso aos melhores serviços e distancia a medicina dos seus principais valores (PESSINI, 2001, p. 48-51).

Assim sendo, evidencia-se, então, uma questão que pode ser considerada como injustiça social, uma vez que alguns possuem tratamentos demais e outros de menos, morrendo nas filas sem terem acesso a nenhum tipo de ajuda, devido a maus investimentos e condições precárias do sistema de saúde.

Além do mais, nos países subdesenvolvidos e emergentes, a preocupação é melhorar marcadores de saúde, como, por exemplo, a questão da mortalidade infantil. No local onde não se encontra acompanhamento de pré-natal, assistência ao parto e vagas em Unidades de Terapia Intensiva, a incidência de morte dos recém-nascidos é alta, por isso, quando possível, essa vida será mantida artificialmente através de toda tecnologia disponível para evitar uma morte passiva.

Por esses motivos, discutir a prática na conduta distanásica no contexto desses países é mais complexo, onde a dinâmica de assistência médica não favorece a todos os cidadãos, nem mesmo nos cuidados da atenção básica.

### **3 DISTANÁSIA**

Apesar de pouco discutida, a distanásia é uma prática recorrente no meio médico, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva, seja em paciente crônico ou terminal. É conhecida também como obstinação ou futilidade terapêutica.

A morte, com o passar do tempo, deixou de ser vista como algo natural e inerente ao ser humano. Ganhou uma nova perspectiva através da modernidade e, assim, é imprescindível, nesse contexto, falar sobre a evolução da prática distanásica. A realidade é que o avanço da ciência e tecnologia possibilitaram à medicina uma nova visão e diferentes abordagens no momento da morte, conseguindo prolongá-la. Dessa forma, a intervenção médica aumentou consideravelmente o processo do morrer.



Partindo desse paradigma, é necessário esclarecer o que é morte e como identificar um paciente que se encontra em fase terminal. Maria Elisa Villas-Bôas (2005, p. 18-37) afirma que a morte não pode ser precisada em um determinado momento e que pode ocorrer de maneira gradual, sendo algumas vezes lenta e outras imediata. Dessa forma, a morte pode acontecer de forma clínica, que é quando se observa o fim do indivíduo, através de critério microbiológico, e a morte biológica, que corresponde ao encerramento das atividades das células, tecidos e órgãos e, posteriormente, de todo o organismo. Já o paciente em fase terminal é aquele cuja doença se encontra em estágio bem avançado, onde a morte é iminente e que todos os esforços médicos empregados não serão capazes de impedi-la. Ou seja, o paciente nesse ponto possui um quadro irreversível e a probabilidade de morrer é alta.

A conduta distanásica está relacionada, então, com o momento da morte que, apesar de ser inerente, ainda é um tabu para a humanidade que precisa de crenças, religiões e símbolos para conseguir lidar de forma menos dolorosa com essa situação, visto que, independente de toda evolução dos povos, ainda causa incertezas e medos (CAPUTO, 2008, p. 73).

Uma quantidade considerável de doutrinadores e pesquisadores, nas últimas décadas, tem buscado esclarecer o que é distanásia, até para que não se confunda com outras práticas que, de igual forma, estão ligadas ao processo de morrer. Isso é de grande valia para a bioética, pois demonstra que o tema vem sendo discutido e é a partir daí que as possíveis soluções, bem como as diretrizes que devem ser adotadas, têm a possibilidade de surgirem. Entender o seu conceito é fundamental para o tratamento da matéria.

De acordo com Léo Pessini (2001, p. 30), a palavra distanásia tem origem grega e o seu significado está relacionado com o prolongamento da dor e do momento da morte, através de tratamento inútil e que provocam grande sofrimento. Por isso, também é conhecida como obstinação terapêutica.

Para Maria Elisa Villas-Bôas (2005, p. 74-75), “a distanásia corresponde à obstinação ou encarniçamento terapêutico”. Ainda segundo a autora, não se trata de encurtar o tempo de vida do paciente, mas sim deixar de promover tratamentos indevidos que só geram mais algum tempo de vida e provocam dores e tortura. Praticá-la não significa que gerará um bem ao paciente e nem que o médico tenha esse dever (VILLAS-BÔAS, 2005).

No que tange ao entendimento de Luciana Dadalto (2016), a distanásia é o prolongamento de modo artificial da vida de pacientes que não possuem mais perspectivas de cura, propiciando sofrimento e dores, sem nenhuma possibilidade de melhora no seu quadro, apenas ofendendo a dignidade humana.

A questão da distanásia, então, deve ser compreendida na conjuntura evolutiva da humanidade e, conseqüentemente, da medicina. Um dos contextos já abordado é o científico-tecnológico e o outro é o paradigma comercial-empresarial.

No entendimento de Léo Pessini (2004, p. 43), a medicina moderna conta com a utilização de equipamentos e drogas aprimoradas, mas que possuem um custo elevado e que enseja em um novo estilo de cuidar, onde o médico opera para as empresas hospitalares, principalmente aquelas particulares, e em favor de pacientes terminais que possuem condições de pagar por determinados tratamentos. Esse é um sistema capitalista em que a obstinação terapêutica é realizada na medida em que gera lucros para as instituições e planos de saúde envolvidos.

Já segundo Mauro Hilckner e Regiane Rossi Hilckner (2012, p. 76-77), a situação enfrentada em hospitais públicos é diferente. O prolongamento artificial da vida a todo custo não é discutido de forma direta sobre a perspectiva financeira. O Sistema Único de Saúde (SUS) é deficiente e o transtorno que passa, com relação a despesas, atinge diretamente os seus usuários. Dessa forma, o gasto gerado pela obstinação terapêutica poderia ser revertido em favor de um número maior de pessoas, beneficiando a sociedade como um todo.

Vale ressaltar que a capacidade interventiva dos médicos, através da evolução tecnológica, tem ajudado no tratamento de algumas doenças antes consideradas difíceis de serem cuidadas. Todavia, o que deve ser debatido é a permanência de pacientes sem perspectiva de melhora, principalmente nas UTIs. A preservação da vida tem sido mais discutida do que a terminalidade, por isso que a distanásia, apesar de controversa, não tem sido tão contextualizada (HILCKNER; HILCKNER, 2012, p. 76).

A prática da distanásia também decorre do desejo de familiares em proporcionar todo o tratamento disponível para o enfermo. Muitas vezes isso acontece como forma de compensar os problemas e desentendimentos anteriores ocorridos, bem como o peso emocional e as questões futuras relativamente financeiras, comprometendo, assim, a racionalidade. Por outro lado, profissionais de

saúde, do mesmo modo, encontram dificuldades com essa questão lógica. É comum, nesse momento tão delicado, a presença de médicos que não acompanharam a evolução do paciente e, com isso, optam pelo prolongamento da vida, desconsiderando muitas vezes a decisão dos familiares (HILKNER; HILKNER. 2012, p. 77).

A formação médica, muitas vezes, não prepara o profissional para enfrentar a terminalidade da vida e, por isso, surgem muitas dúvidas nesse aspecto, como demonstra Mauro Hilkner e Regiane Rossi Hilkner (2012, p. 78):

As escolas médicas, em sua grande maioria, ainda não abordam a terminalidade em sua matriz curricular e nem incitam os seus alunos a essa discussão. Se isso fosse feito, talvez contribuísse para o amadurecimento dos diversos pontos que compõem o mosaico dessa, nem sempre duvidosa, mas sempre conflituosa situação a ser definida.

O modo como o profissional de saúde é formado atualmente acarretou em mudanças significativas no relacionamento com o paciente. Através do uso da tecnologia na modernidade, a medicina se desconfigurou como arte. O contato entre o doente e o médico deve ser estreito, resgatando os sentimentos de amor, compaixão, amizade e solidariedade (SIQUEIRA, 2005, p. 41-42).

É relevante mencionar, diante do exposto, que a morte deve ocorrer no momento correto, é um processo natural, que não deve ser prolongado mediante intervenções que acarretam em desconforto e, até mesmo, em tortura ao enfermo. Em atenção a isso, o atual Código Civil Brasileiro dispõe, em seu artigo 15, que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”, evidenciando, dessa forma, a autonomia e liberdade do paciente para com o seu corpo, respeitado os casos de urgência (BRASIL, 2002).

No mesmo sentido, o Código Penal pátrio proíbe a ocorrência do constrangimento ilegal, como se verifica no artigo 146: “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda” (BRASIL, 1940). Ou seja, não se deve prolongar excessivamente a vida, poupando o paciente terminal de constrangimentos e tratamentos dolorosos, resguardando sua dignidade e aspirações no momento da morte.

### 3.1 A DIGNIDADE HUMANA E OS CUIDADOS PALIATIVOS NO PACIENTE TERMINAL

O debate sobre o prolongamento do processo de morrer envolve diretamente a questão da dignidade humana. Esta não deve estar relacionada somente com a vida do indivíduo, mas também quando a sua finitude se aproxima e, principalmente, de forma muito sofrida. Em relação a esse instituto, em âmbito internacional, existe a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que aborda os direitos e liberdades inerentes a toda pessoa humana, com intuito de promover o respeito às garantias fundamentais, independente de sexo, raça, crença e classe social.

Para chegar à atual Declaração Universal dos Direitos Humanos, o homem percorreu um longo caminho, travando batalhas, principalmente em épocas muito difíceis e que marcaram a história da humanidade. A busca por respeito e direitos iguais ensejou a criação de diversos documentos ao longo do tempo, representando um importante avanço nas relações sociais. Atualmente, os direitos fundamentais estão positivados nos direitos humanos e em sede constitucional na maior parte das nações (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 133-135).

Hodiernamente, a discussão está voltada para a existência de direitos referentes aos pacientes terminais, pressionados pelos tratamentos considerados fúteis que prolongam a vida de modo artificial e a qualquer custo, tendo sido emitidas algumas recomendações, como a do Conselho Europeu, em 1999, para a suspensão desse tipo de conduta desde que respaldadas pela legislação e pelos familiares (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 137).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 traz um título específico sobre os direitos humanos, que corresponde ao Título II - Dos Direitos e Garantias Fundamentais. Além disso, para promover a dignidade humana, trouxe-a como princípio elementar do Estado Democrático de Direito, objetivando a sua incidência sobre todos os outros arrolados em seu texto.

Maria Elisa Villas-Bôas (2005, p. 138-139) esclarece que a Carta Magna abordou, no seu artigo 5º, importando da Declaração Universal dos Direitos do Homem, o “direito à vida”. Tal expressão acarretou em discussões e em controversas interpretações quanto à sua extensão, como, por exemplo, o dever de viver mesmo contra a vontade do paciente. Entretanto, no Brasil, o debate não

tomou maiores proporções, visto que os recursos médicos são insuficientes e a população não conta nem mesmo com a atenção básica.

De qualquer forma, o que deve ser considerado é que o direito à vida engloba o direito à uma morte digna. Para isso, adotar medidas que promovam conforto, sob o enfoque da proporcionalidade e razoabilidade, é fundamental para que esse direito seja exercido sem acarretar em condutas fúteis, cruéis ou inúteis.

A verdade é que, ao estudar com mais atenção, também a Carta Magna vai tratar, no seu artigo 5º, III, que: “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (BRASIL, 1988). Ora, aí está uma importante afirmação e que pode ser diretamente associada com o que ocorre ao se praticar a distanásia. Ao prolongar artificialmente a vida de pessoas que não possuem mais perspectiva de cura através de procedimentos completamente invasivos, ocorre uma conduta desproporcional e que acarreta em sofrimento exagerado para o enfermo.

De acordo com Léo Pessini (2004, p. 40), o objetivo da distanásia é prolongar a quantidade de vida sem observar a sua qualidade. Daí é que pode se afirmar que tais intervenções são desumanas, contrariando, assim, o artigo acima citado.

É possível constatar que os pacientes terminais são tomados por dores e sofrimentos constantes, cabendo à medicina aliviar os sintomas e proporcionar bem-estar a eles. No entanto, existem vários tipos de dores e saber a dimensão de cada uma é essencial para que se tenha uma morte digna. Além da dor física, ocasionada pela doença e que é a causa mais habitual do sofrimento, existe a dor no enfoque psíquico, que está relacionada com o sentimento e forma de pensar quando a morte se torna próxima; existe a dor no plano social, assinalada pelo isolamento e perda do papel que representa na família; e existe a dor no âmbito espiritual, onde o enfermo perde as esperanças e passa a questionamentos para uma vida além da morte. (PESSINI, 2001, p. 290-291)

Importante ressaltar que nem sempre a dor causa sofrimento. Este está mais relacionado com as temáticas espirituais e psíquicas, ou seja, o sofrimento é causado por um desconforto mental e que pode potencializar toda a agonia pela qual vem passando. É algo absoluto, único e completamente peculiar, porque cada paciente reage de uma maneira diferente ao se deparar com sua finitude. É nesse ínterim que surge os cuidados paliativos.

Tais cuidados tem o objetivo de proporcionar alívio da dor física e de possíveis aflições psicológicas e espirituais, além de promover ajuda ao paciente e

aos seus familiares, para que consigam lidar com a doença e, conseqüentemente, com o luto. Dessa forma, o que se busca com esse cuidado multidisciplinar é possibilitar a morte no tempo certo, agregada ao bem-estar (PESSINI, 2001, p. 209).

O tratar e o cuidar, então, devem ser norteados por princípios éticos e fundamentais, reconhecendo a finitude humana e que alguns tratamentos são inúteis perante algumas doenças, trazendo mais sofrimento do que consolo para o paciente. Aceitar o momento da morte não significa que a medicina é falha, mas que faz parte da vida de todos.

Conforme Léo Pessini (2001, p. 211-214), existem cinco princípios éticos da medicina paliativa. O princípio da veracidade fundamenta-se na confiança entre médico, paciente e familiares, onde a verdade deve prevalecer no processo, mas sempre com prudência, possibilitando, assim, que o doente entenda seu quadro e exerça sua autonomia. O princípio da proporcionalidade terapêutica evidencia que as medidas terapêuticas adotadas estejam relacionadas proporcionalmente com os meios e os resultados esperados. No que tange ao princípio do duplo efeito, é fundamental compreender que determinados atos e tratamentos podem trazer bons e maus efeitos e, mais uma vez, deve existir uma razão proporcional entre o alívio da dor e os efeitos colaterais. Já o princípio da prevenção orienta que as prováveis complicações e sintomas devem ser previstas, pois, dessa forma, evitam intervenções exageradas e desproporcionais. E, o princípio do não-abandono e o tratamento da dor evidencia que o paciente não deve ser abandonado, mesmo quando recusar tratamento, sendo possível, nesses casos, cuidar e acompanhar com solidariedade.

Na perspectiva de Ana Claudia Quintana Arantes (2016, p. 46), geriatra, especialista em cuidados paliativos e escritora de livros:

Os Cuidados Paliativos podem ser úteis em qualquer fase da doença, mas sua necessidade e seu valor ficam muito mais claros quando a progressão atinge níveis elevados de sofrimento físico e a medicina nada mais tem a oferecer. Fecha-se, assim, o prognóstico e anuncia-se a proximidade da morte. Os médicos profetizam: "Não há nada mais a fazer". Mas eu descobri que isso não é verdade. Pode não haver tratamentos disponíveis para a doença, mas há muito mais a fazer pela *pessoa* que tem a doença.

Assim, a medicina paliativa procura controlar a dor e os demais sintomas dela decorrente, como os aspectos psicológicos e espirituais, bem como reconhecer que a morte é consequência do viver e que não se deve antecipá-la ou adiá-la,

promovendo uma melhor qualidade de vida para o paciente através de cuidados multidisciplinares que não comprometam a sua consciência e autonomia (PESSINI, 2001, p. 209-210).

No Brasil, os cuidados paliativos ainda não são tão usuais, seja por falta de conhecimento, de recomendações ou por fomentar sentimentos de medo. Contudo, com o aumento das discussões sobre o instituto, a expectativa é de progresso nesse nobre modo de cuidar.

### 3.2 AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Diante do crescente número de pessoas que se encontram hospitalizadas e ali passam por dolorosas experiências até o momento da morte, é que houve uma mudança de perspectiva relacionada ao alívio do sofrimento através de uma assistência eficaz, proporcionando uma morte digna. Ademais, também surgiu a possibilidade de escolha dos tratamentos empregados no fim da vida como uma importante prova de aplicação da autonomia nessas situações (MEIRELLES; AGUIAR, 2017, p. 718-720).

As diretivas antecipadas de vontade, em outros países, também são conhecidas como Testamento Vital, nos quais já adotaram as vias legais ou encaminham de forma mais retraída, a progredir nesse sentido. Atualmente, a autonomia privada faz parte dos discursos jurídicos e é indispensável a todos para que seja identificada a escolha feita pelos pacientes (MEIRELLES; AGUIAR, 2017, p.721-722).

Assim, para que o paciente exerça sua autonomia, é necessário que ele entenda sua condição e que compreenda e associe as palavras do médico com relação a sua doença, o tratamento conveniente e o fim de sua vida. Diante disso, é crucial a boa relação entre ambos, porque o enfermo formará sua opinião e poderá expressar suas vontades.

Consoante é o entendimento de Luciana Dadalto (2018, p. 48) que diz que o testamento vital é um documento produzido por uma pessoa capaz, ou seja, que esteja gozando de suas faculdades mentais e que tem por finalidade estabelecer quais os tratamentos ou procedimentos que deseja ser submetida quando não puder manifestadamente expressar sua vontade, como consequência de uma doença terminal. Lembrando que o mesmo deve ser anexado ao prontuário do paciente,

vinculando não só o médico, mas outros profissionais de saúde e os parentes daquele.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (2012) disciplina o instituto através da Resolução nº 1995/2012, que define as diretivas antecipadas de vontade como o desejo prévio e expresso do paciente relativo aos tratamentos que deseja ou não receber no momento em que não estiver em condições de expressá-lo livremente. No momento de incapacidade do paciente, o médico deverá levar em conta essas diretivas, bem como de possível representante eleito para este fim. Contudo, se alguma diretiva antecipada de vontade for incompatível com o Código de Ética Médica, o médico deverá desconsiderá-la.

Assim sendo, na presença de todos os pressupostos válidos, o paciente pode determinar o desejo positivo ou negativo do seu tratamento, estando completamente de acordo com a Constituição Federal. Entretanto, a dificuldade quanto ao instituto do testamento vital encontra-se no seu objeto, nesses pressupostos, levando em consideração a saúde e as inferências para manutenção da vida do sujeito. Dessa forma, como ainda existe um lapso sobre o testamento vital e as diretrizes antecipadas de vontade no país, é necessário que os conteúdos já produzidos no ordenamento jurídico se tornem mais claros e que sejam legalmente reconhecidos, salvaguardando os direitos fundamentais e evitando, assim, o aumento da judicialização (LIMA JÚNIOR; ADAMATTI, 2015, p. 4-19).

#### **4 OS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS DA MEDICINA E A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO**

Como a medicina é uma ciência exercida em prol do ser humano e em busca do bem da coletividade, é imprescindível agir com zelo, cuidado e ética, guardando respeito pela vida e tendo como alvo a saúde e bem estar do paciente. Por isso, faz-se necessário compreender primeiramente os objetivos e os princípios que norteiam as condutas médicas.

Ao abordar os objetivos da medicina, Léo Pessini (2001, p. 55-56) elucida que primeiramente é indispensável esclarecer os conceitos de saúde e doença. A saúde diz respeito ao bom funcionamento do corpo, aliado integralmente ao bem-estar físico e mental. É nesse contexto que a medicina deve voltar seu olhar sobre a pessoa, mantendo a boa saúde desta como uma tarefa sublime. Referente ao



conceito de doença, pode-se entender que são as circunstâncias ameaçadoras à saúde, que promovem sofrimento, mau funcionamento do corpo e da mente e que venham a causar risco de morte ou alguma seqüela.

O autor continua seu pensamento expondo que a medicina possui quatro objetivos: prevenção da doença e do sofrimento, promoção e manutenção da saúde; alívio da dor e do sofrimento; cura e cuidado das pessoas com doenças curáveis e daquelas cujas doenças não são curáveis; e, por fim, evitar a morte prematura e buscar uma morte em paz (PESSINI, 2001, p. 55-56).

Respectivamente, o cuidado com a saúde é precedido de intervenções que a promovam, bem como de prevenção de doenças. Outrossim, aliviar dor e sofrimento tem sido um grande desafio para os médicos atualmente e prova disso são os cuidados paliativos que ainda estão em ascensão. Além da cura, as pessoas procuram na ciência médica uma empatia e entendimento de suas queixas e é nesse momento que a medicina tem a função de cuidar em um sentido abrangente. Uma importante luta da medicina é contra a morte, todavia, deve haver equilíbrio entre esse conflito e a aceitação da mesma como algo inerente ao ser humano, devendo ocorrer um tratamento aprimorado, evitando-se um fim prematuro e, se caso não for possível, proporcionar circunstâncias para que se morra em paz (PESSINI, 2001, p. 56-61).

A partir desse ponto, a reflexão sobre a utilização de tratamentos fúteis é primordial. Quando um tratamento não concede nenhuma benfeitoria ao paciente, sendo a morte irremediável, não possibilitando nenhuma probabilidade de melhora no quadro clínico, é considerado como fútil (MEIRELLES; AGUIAR, 2017, p. 727).

Exatamente por isso que os objetivos da medicina devem coadunar com a escolha do melhor tratamento para o enfermo, visto que, como interpelado, a morte deve ser considerada como decorrência da vida e o médico tem como escopo não só o curar, mas o cuidar, observando a dignidade humana.

Para que as melhores condutas sejam adotadas na terminalidade da vida, a bioética tem como base alguns princípios, que servem como fundamento e orientam na tomada de decisões, permeando a relação médico-paciente.

O princípio da beneficência compreende um conjunto de medidas que aliam o conhecimento científico com o cuidado da saúde do paciente. Devem ser considerados todos os meios capazes de viabilizar benefícios (NEVES; SIQUEIRA, 2010, p. 442).

O médico tem o dever ético de promover o melhor tratamento e procedimento para com aquele que se encontra sob seus cuidados. No entanto, a crítica que surge quanto a isso é se a busca incessante pela beneficência justifica todas as suas ações, principalmente aquela que transgride a autonomia do paciente (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 117).

Não menos discutível, o princípio da não-maleficência preconiza que o doente não pode sofrer nenhum dano proposital. Em primeiro plano, a medicina não pode prejudicar e, a partir daí, diminuir os efeitos das atitudes que por ventura sejam impertinentes no diagnóstico. Ou seja, as condutas fúteis, principalmente nos casos de doentes terminais, devem ser evitadas (NEVES; SIQUEIRA, 2010, p. 442-443).

No que concerne ao princípio da autonomia, está relativamente ligado à capacidade do indivíduo em se autodeterminar e informar quais tratamentos deseja receber, subsistindo uma boa convivência com o médico. A liberdade e a legalidade estão intimamente ligadas com esse princípio, dado que o indivíduo não é obrigado a concordar com tudo que lhe for sugerido, podendo expressar sua vontade, desde que permitidas por lei (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 119).

Por fim, o princípio da justiça pode ser considerado como equitativo, porque é responsável pela distribuição de modo igual a todos para que se beneficiem de forma justa. Precisamente no direito, esse princípio assegura o acesso à saúde e a sua conservação e regeneração. Todavia, os recursos disponíveis são escassos e distribuí-los de maneira ponderada é um grande desafio. Todos esses princípios precisam ser vistos de forma conjunta ao se tratar de um paciente terminal, averiguando se o que lhe é ofertado realmente lhe trará benefícios ou sofrimento desnecessário (VILLAS-BÔAS, 2005, p. 122-123).

Além disso, o sistema normativo que disciplina coercitivamente as condutas humanas deve ser compreendido, para que os procedimentos e as relações, neste caso específico, entre médico e paciente, tenham garantia jurídica.

No Brasil, a previsão legal referente à responsabilidade dos profissionais de saúde foi disciplinada, primeiramente, no Código penal de 1980, estabelecendo as penas referentes à negligência, imperícia e imprudência. De forma correspondente, o Código Civil de 1916 designava que, se os atos fossem cometidos com essas mesmas inobservâncias de conduta e acarretassem em morte ou incapacidade, o dano deveria ser reparado. No Código de Defesa do Consumidor, a

responsabilidade subjetiva do médico deve ser investigada em caso de culpa (MARREIRO, 2013, p. 309).

Na visão de Cecília Lôbo Marreiro (2013, p. 310-311), esses danos a serem reparados podem ser classificados como físicos, materiais ou morais. Vale ressaltar que um importante pressuposto para que o dano reste configurado é o nexo de causalidade. Dessa forma, o médico deve cumprir alguns deveres, como prestar informações e esclarecimentos, possuir técnica e perícia e agir com cuidado, diligência e prudência, respeitando também a vontade do paciente expressa nas diretivas antecipadas, sob o risco de ser responsabilizado.

Diante de todas as transformações ocorridas no aspecto da terminalidade da vida, bem como do avanço científico-tecnológico, as intervenções médicas no momento da morte, principalmente de pacientes terminais, se tornaram frequentes.

A prática distanásica consiste em prolongar o momento da morte, acarretando, muitas vezes, em sofrimento exacerbado para o paciente. Hoje, a constatação da morte ocorre quando fica caracterizada a morte encefálica e tem sido bem aceita. Todavia, quando outras situações levam ao fim da vida, a polêmica se torna presente tanto entre médicos quanto entre familiares (PESSINI, 2001, p. 195-196).

A questão da distanásia ainda é emergente no Brasil e, por conseguinte, a legislação pátria também. Um avanço na regularização das condutas médicas, principalmente na questão da terminalidade da vida, veio através do novo Código de Ética Médica que entrou em vigor em abril de 2019, em decorrência da nova conjuntura na relação do médico com o paciente e do avanço científico e tecnológico. O texto menciona e evidencia o respeito à autonomia do paciente, principalmente nos casos terminais, onde é vedado ao médico abreviar a vida do paciente, mesmo se for um pedido deste ou de seu representante.

Orienta, ainda, no Parágrafo Único, do art. 41:

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, p. 188).

Ocorre que, em muitos casos, a distanásia é aplicada pelo temor que os médicos possuem em serem acusados de não terem feito o suficiente pelo paciente,

ou seja, pode ser entendida como uma prática defensiva dos médicos, que assim agem para evitar ações judiciais (HILKNER; HILKNER, 2012, p. 77).

Isto é, as diretrizes emanadas pelo órgão de classe não são suficientes para garantirem proteção judiciária. Além disso, tais protocolos não costumam ser individualizados e generalizam as práticas médicas.

Pode parecer, ao analisar superficialmente, que existe um conflito aparente entre deixar de praticar a distanásia e os direitos fundamentais, visto que o direito à vida é tutelado pela Constituição Federal da República como um bem supremo. Também, o Código Penal vigente pune aqueles que atentam contra a vida de outros. A impressão que se tem é que, como a vida é um direito fundamental, adiá-la a todo custo é o certo a se fazer e deixar de promover algum tratamento, mesmo que seja inútil ou desnecessário, é uma negligência.

Maria Elisa Villas-Bôas (2005, p. 189) defende que deixar de prolongar ou se omitir com relação a certos tratamentos não pode ser considerado como homicídio, nem mesmo na forma privilegiada, já que decorre de conduta profissional, faltando o dever de agir. Ou seja, cabe ao médico agir em conformidade com determinados tratamentos, adequado a cada paciente, não sendo necessário usar todos os tipos de remédios e de tecnologias disponíveis, respeitando sempre a autonomia do enfermo.

Contudo, fora desse padrão, a responsabilização do médico ao praticar a distanásia ainda é muito difícil de averiguar, podendo buscar, quanto a esse aspecto, jurisprudências ou fontes no direito comparado, sempre com o objetivo de proporcionar o que for melhor para o paciente.

Dessa maneira, a discussão deve ser ampliada e a legislação precisa ser modificada para que a escolha do melhor tratamento na iminência da morte, por parte dos profissionais de saúde, do paciente e/ou de sua família, tenha maior segurança jurídica. A proposta de reformulação do Código Penal, que é de 1940, ainda está em tramitação e possui perspectivas na regularização da ortotanásia (PESSINI, 2001, p.197-202).

## **5 CONCLUSÃO**

Diante do exposto, as situações ocorridas no fim da vida precisam ser interpretadas sobre uma ótica multidisciplinar, buscando respeitar, acima de tudo, a

dignidade humana dos pacientes portadores de doenças terminais ou que não tenham mais perspectiva de cura, além da preservação da autonomia. Por meio dela, o sujeito tem o poder de escolha relativo a tratamentos que deseja se submeter, sendo esta predileção expressa em documento, acolhida pelo Conselho Federal de Medicina e em acordo com o ordenamento jurídico pátrio.

Deve subsistir uma boa relação entre médico e paciente, para que a distanásia não seja praticada, sendo escusados tratamentos fúteis que não trazem nenhum benefício ao quadro geral. Para tanto, o profissional de saúde precisa estar preparado para enfrentar a finitude humana, entendendo que a medicina é uma ciência e que a morte faz parte do ciclo de vida do ser humano.

Cada situação deve ser analisada cuidadosamente com o intuito de cuidar daquele que sofre com dores físicas e psicológicas. Além disso, angústia e medo são sentimentos recorrentes no momento da despedida, cabendo, então, a diminuição desse sofrimento através dos cuidados paliativos, garantindo ao paciente conforto e dignidade quando a morte se aproxima.

Ocorrendo a prática distanásica, que é desaconselhada pelo órgão de classe médica, os pressupostos da conduta adotada necessitam ser apurados para que a responsabilidade médica seja atestada e que a família receba a reparação adequada.

## REFERÊNCIAS

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

BONJARDIM, Solimar Guindo Messias; BEZERRA, Daniel de Castro; VARGAS, Maria Augusta Mundim. A morte do cristão em transformação: as cidades e o espaço da morte. **Fênix: Revista de História e Estudos Culturais**, Uberlândia, v. 7, n. 2, p. 1-21, 2010. Disponível em: [http://www.revistafenix.pro.br/PDF23/ARTIGO\\_10\\_SOLIMAR\\_GUINDO\\_MESSIAS\\_BONJARDIM\\_FENIX\\_MAIO\\_AGOSTO\\_2010.pdf](http://www.revistafenix.pro.br/PDF23/ARTIGO_10_SOLIMAR_GUINDO_MESSIAS_BONJARDIM_FENIX_MAIO_AGOSTO_2010.pdf). Acesso em: 16 mar. 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 19 nov. 2018.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Rio de Janeiro, RJ, p. 23911, 31 dez. 1940. Disponível

em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm). Acesso em: 21 mai. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/10406.htm). Acesso em: 21 mai. 2019.

CAPUTO, Rodrigo Feliciano. O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. **Saber Acadêmico**, São Paulo, v. 6, p. 73-80, dez. 2008. Disponível em: [http://uniesp.edu.br/sites/\\_biblioteca/revistas/20180403124306.pdf](http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20180403124306.pdf). Acesso em: 15 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 269-270, 31 ago. 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 21 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 179, 01 nov. 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 21 mai. 2019.

DADALTO, Luciana. **Eutanásia no Brasil**. 2016. Disponível em: <http://www.lucianadadalto.com.br/blog/eutanasia-no-brasil>. Acesso em: 18 mar. 2019.

DADALTO, Luciana. **Testamento vital**. 4. ed. São Paulo: Foco Jurídico Ltda., 2018.

FEIO, Ana Goreti Oliveira; OLIVEIRA, Clara Costa. Responsabilidade e tecnologia: a questão da distanásia. **Revista Bioética**, v. 19, n. 3, p. 615-630, 2011. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/666/699](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/666/699). Acesso em: 16 nov. 2018.

HILKNER, Mauro; HILKNER, Regiane Rossi. A questão da terminalidade. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 17, n. 2, p. 75-81, 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/57255/60238>. Acesso em: 19 mai 2019.

KOVÁCS, Maria Júlia (Coord.). **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/e0105>. Acesso em: 16 mar. 2018.

LIMA JÚNIOR, André Luiz Silveira de; ADAMATTI, Bianka. As questões médico-legais e o testamento vital: o reconhecimento judicial da resolução CFM nº 1995/2012. In: CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI, 24., 2015, Belo Horizonte. **Anais [...]**. Belo Horizonte: CONPEDI/UFMG/FUMEC/Dom Helder Câmara, 2015. Disponível em:

<http://conpedi.danilolr.info/publicacoes/66fsl345/xxfq3q05/A937N3H4Snf237JR.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2019.

MARREIRO, Cecília Lôbo. Responsabilidade civil do médico na prática da distanásia. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 308-317, 2013. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/821/909](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/821/909). Acesso em: 22 mai. 2019.

MEIRELLES, Ana Thereza; AGUIAR, Mônica. Prática médica e diretivas antecipadas de vontade: uma análise ético-jurídica da conformação harmônica entre os pressupostos autonomia e alteridade. **Revista Jurídica Cesumar**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 715-739, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/5686/3095>. Acesso em: 16 mai. 2019.

NEGRINI, Michele. A significação da morte: um olhar sobre a finitude humana. **Sociais e Humanas**, Santa Maria, v. 27, n. 1, p. 29-36, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/6592/pdf>. Acesso em: 16 mar. 2019.

NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira; SIQUEIRA, José Eduardo de. A bioética no atual Código de Ética Médica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 439-450, 2010. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/575/547](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/575/547). Acesso em: 22 mai. 2019.

PESSINI, Léo. Distanásia: até quando investir sem agredir?. **Revista Bioética**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 1-11, 1996. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/394/357](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357). Acesso em: 15 mar. 2019.

PESSINI, Léo. **Distanásia: até quando prolongar a vida?**. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2001.

PESSINI, Léo. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. **Revista Bioética**. Brasília, v. 12, n. 1, p. 39-60, 2004. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/120/125](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/120/125). Acesso em: 19 nov. 2018.

SANTOS, André Filipe Junqueira dos. Cuidados paliativos e dignidade no fim de vida. **Mais 60: estudos sobre envelhecimento**, São Paulo, v. 28, n. 68, p. 8-27, set. 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/55779/Downloads/CUIDADOS%20PALIATIVOS%20E%20DIGNIDADE%20NO%20FIM%20DE%20VIDA%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/55779/Downloads/CUIDADOS%20PALIATIVOS%20E%20DIGNIDADE%20NO%20FIM%20DE%20VIDA%20(1).pdf). Acesso em: 15 mar. 2019.

SIQUEIRA, José Eduardo de. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. **Revista Bioética**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 1-7, 1997. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/364/464](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/364/464). Acesso em: 15 mar. 2019.

SIQUEIRA, José Eduardo de. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 37-50, 2005. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/106/111](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/106/111). Acesso em: 27 nov. 2018.

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