

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COGEAE
ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO CONSTITUCIONAL

EDSON MENDES DE ARAUJO

CONSTITUCIONALIDADE DA PRÁTICA DA ORTOTANÁSIA NO
ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

São Paulo-SP

2017

EDSON MENDES DE ARAUJO

**CONSTITUCIONALIDADE DA PRÁTICA DA ORTOTANÁSIA NO
ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Direito Constitucional, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – COGEAE, como pré-requisito para obtenção do título de Especialista em Direito Constitucional, orientada pelo professor mestre Lucas Gieron Fonseca e Silva.

São Paulo-SP

2017

AVALIAÇÃO:

ORIENTADOR:

RESUMO

ARAÚJO, Edson Mendes de. **Constitucionalidade da prática da ortotanásia no ordenamento jurídico brasileiro**. 2017. 34 f. Monografia (especialização em Direito Constitucional) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

Na ausência de uma lei federal que regulamente a prática da ortotanásia como uma excludente de ilicitude no ordenamento jurídico brasileiro, o objetivo do trabalho foi analisar essa prática em pacientes terminais à luz da proteção constitucional do direito à vida e à liberdade, e do princípio da dignidade da pessoa humana. Verificou-se a viabilidade da excludente de ilicitude quanto à prática ortotanástica e a conformação teórica da mesma ao ordenamento jurídico brasileiro diante dos estudos apresentados e discutidos ao longo do presente trabalho que atestam para a constitucionalidade de tal prática.

Palavras-chave: ortotanásia, direito à vida, direito à liberdade, dignidade da pessoa humana.

SUMÁRIO

Introdução	5
1. Conceito médico-jurídico de morte	6
1.1 Eutanásia	8
1.2 Mistanásia.....	10
1.3 Distanásia	11
1.4 Ortotanásia	13
2. Aspectos jurídicos da prática ortotanástica	15
2.1 Ação Civil pública nº 2007.34.00.014809-3	15
2.2 A ortotanásia no Código de Ética Médica.....	17
2.3 A ortotanásia e sua regulamentação no plano da Legislação Estadual Paulista – lei nº 10.241/1999.....	22
2.4 A ortotanásia e a problemática na legislação infraconstitucional.....	22
3. A ortotanásia no direito constitucional	25
3.1 Proteção constitucional do direito à vida.....	25
3.2 Proteção constitucional do Direito à liberdade.....	26
3.3 Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.....	27
4. Considerações Finais	30
5. Referências	31

Introdução

O início e o término da vida são acontecimentos que envolvem grandes discussões jurídicas. Desde a concepção do ser humano à sua morte, o ordenamento jurídico se faz presente, sendo esse fundamentado a partir do conhecimento científico.

A esse respeito, o presente trabalho se propõe a discorrer sobre a noção de morte a partir da conceituação médico-jurídica e analisar a constitucionalidade da prática da ortotanásia no ordenamento jurídico brasileiro.

A noção jurídica de morte advém da concepção médica, a qual afirma que “a morte biológica é a cessação de todos os processos biológicos e constitui uma irreversível perda de toda unidade biológica” (SANTOS, 1997, p. 341), sendo os aspectos fisiológicos e cerebrais definidores da cessação da vida da pessoa.

A Constituição Federal de 1988 prestigia em seu artigo 1º, inciso III a dignidade da pessoa humana como princípio fundamental, e o artigo 5º, caput versa que a vida e a liberdade são direitos e garantias fundamentais. Esta fundamentação jurídica embasará, no presente estudo, uma discussão a respeito da constitucionalidade da prática da ortotanásia no Brasil.

O presente trabalho tem como pergunta central: À luz da Constituição Federal de 1988, a prática da ortotanásia se insere como um direito do paciente à dignidade no processo de morrer?

Assim, o objetivo deste trabalho é analisar a prática da ortotanásia no paciente terminal à luz da proteção constitucional do direito à vida e à liberdade, e do princípio da dignidade da pessoa humana. A relevância do trabalho se justifica em face à ausência de legislação que regule a ortotanásia no ordenamento jurídico brasileiro, torna-se relevante discutir sua constitucionalidade.

Como caminho metodológico, o presente trabalho partirá de um levantamento bibliográfico sobre a constitucionalidade da prática da ortotanásia no contexto brasileiro. A pesquisa bibliográfica fundamenta-se em uma revisão da literatura científica sobre o tema em estudo, uma retrospectiva das publicações sobre esse assunto (AZEVEDO, 1998) e como o mesmo se estabelece enquanto área de pesquisa. Assim, realizou-se uma pesquisa em artigos científicos de revistas nacionais sobre a ortotanásia e o ordenamento jurídico brasileiro, bem como acerca do direito de morrer com dignidade. Também recorreu-se às leis brasileiras, sendo elas: a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o

Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002), o Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940), o Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990), o Projeto de Lei-PL 236 de 2012 (projeto do novo Código Penal Brasileiro), o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009), a Ação Civil Pública nº. 2007.34.00.014809-3, e a Lei Estadual Paulista nº. 10.241, de 17 de março de 1999.

Sobre a organização do presente trabalho, no primeiro capítulo, discutiu-se o conceito médico-jurídico de morte, sendo apresentadas as conceituações de eutanásia, mistanásia, distanásia e ortotanásia. No segundo, foram apresentados os aspectos jurídicos da ortotanásia ao discutir a ação civil pública nº. 2007.34.00.014809-3, a ortotanásia no Código de Ética Médica, a Lei Estadual paulista que regulamenta os direitos dos usuários do serviço público de saúde no estado de São Paulo e a problemática da ortotanásia na legislação federal infraconstitucional. No último capítulo, foram apresentadas a proteção constitucional do direito à vida e direito à liberdade, bem como o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana e realizada uma discussão sobre a constitucionalidade da prática da ortotanásia no contexto brasileiro. E a seguir, as considerações finais desta análise sobre a constitucionalidade da prática da ortotanásia no Brasil.

1. Conceito médico-jurídico de morte

A partir da hermenêutica jurídica, o conceito de morte advém de dados explícitos pela ciência médica, mas a interpretação que se faz do mesmo é jurídica (SANTOS,1997). Essa noção interessa a várias áreas do conhecimento, cada qual com seu ponto de vista. Às ciências jurídicas, cabe interpretá-la ao considerar diferentes perspectivas acerca da noção de vida e de morte, como, por exemplo: a ética, a moral, os costumes e a cultura.

Segundo a filosofia utilitarista, o ordenamento jurídico deve ser guiado pela maximização da felicidade, a utilidade como produtora de prazer e minimizadora de dor e sofrimento. O inglês Jeremy Bentham (1748-1832), a partir dos valores éticos e morais, discutiu a felicidade como objetivo principal da vida humana a ser atingido a partir da utilidade da pessoa (ARAUJO, 2015).

Para o filósofo alemão Immanuel Kant (2007) o homem, como ser racional, existe como um fim em si mesmo, não simplesmente como um meio a ser usado de forma arbitrária. Assim, Kant considera o homem como um ser racional e autônomo, digno de liberdade para efetivar as suas escolhas. Desse modo, analisando a concepção personalíssima, pode-se

interpretar que o ser humano não deve ser objeto de obstinação terapêutica alheia a sua vontade.

Pela concepção utilitarista o homem é considerado como homem-coisa, mera entidade bio-socio-econômica, como homem meio e, portanto, instrumentalizáveis. Pela concepção personalista se afirma, ao contrário, o primado do homem como valor ético em si: do homem-pessoa, do homem-fim, com a categórica proibição de qualquer instrumentalização: "bem pessoa" e "bem comum" não colidem, mas coincidem, constituindo o respeito da pessoa o próprio fim de toda a sociedade (SANTOS, 1999, p. 278).

Historicamente as Ciências Médicas utilizam-se de sinais vitais para atestar vida e morte. Diversos sinais já foram utilizados para estes fins, como a respiração, os batimentos cardíacos, e atualmente a atividade cerebral. Esses critérios são indicadores biológicos definidos e valorados conforme a evolução dos estudos médicos.

A primeira definição científica de morte surgiu a partir de Marie François-Xavier Bichat, no século XVI, ao afirmar que a morte é um processo cronológico que conduz a uma catástrofe fisiológica (SANTOS, 1997). Até o final do século XIX, o principal critério para determinar a morte foi a parada respiratória, o momento da morte entendido como a interrupção da respiração (GONÇALVES, 2007). Esse parâmetro deixou de ser utilizado com a descoberta do estetoscópio e da ausculta (MURPHY, 1993). Entretanto, esses critérios se modificaram, frente as práticas da ventilação artificial e massagem cardíaca, introduzidas durante o século XX que, artificialmente, foram capazes de manter a função cardio-respiratória. Procedimentos médicos passaram a ser utilizados para manter mecanicamente a respiração e a circulação ativa em um paciente hospitalizado, como no caso da circulação extracorporea e respiradores artificiais (SANTOS, 1997).

A definição do ponto irreversível da morte tornou-se fundamental para confirmar o término da vida do paciente (GONÇALVES, 2007). Portanto, doentes cujas funções cardíacas e respiratórias só podem ser sustentadas através de tecnologias externas, mas sem função cerebral ativa, estariam vivos apenas pelo critério cardio-respiratório. Assim, surgiu o conceito de morte encefálica como sendo a cessação das atividades neuroencefálicas. Todavia, com o advento das técnicas de transplante de órgãos foi necessário manter o paciente com um corpo funcionando de forma a favorecer a retirada e doação de órgãos, dando ensejo a uma nova conceituação de morte enquanto a ausência de atividade cerebral (GONÇALVES, 2007).

A morte encefálica é regulamentada no Brasil pela Lei de Transplante de Órgãos (nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997), que apresenta em seu art. 3º:

Art. 3º. a retirada post-mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplantes ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não-participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

Face ao exposto, surgem discussões acerca do impasse entre prolongar a vida do paciente a partir de recursos artificiais ou deixar o paciente enfrentar os desafios e etapas de sua terminalidade. Permitir que a vida siga seu curso aceitando a morte como um processo natural ou estender a vida sujeitando-se a agonia e ao sofrimento? Para essa discussão, a eutanásia, a mistanásia, a distanásia e a ortotanásia serão apresentadas no tópico a seguir.

1.1 Eutanásia

A palavra eutanásia deriva dos vocábulos gregos “eu” que significa “bem” e “thanasia (Thanatos)” que quer dizer “equivalente à morte”. Temos então a eutanásia, etimologicamente, definida como “morte serena” (FERREIRA, 2004). A “morte serena” ou “boa morte” pressupõe ausência de sofrimento ou morrer com tranquilidade e dignidade. Na Grécia antiga, a eutanásia significava morrer em paz, morrer bem, uma forma de ajuda para a pessoa em um curso natural para a morte.

O termo eutanásia foi utilizado inicialmente no século XVII a partir do filósofo inglês Francis Bacon para se referir à prática médica de conceder ao paciente uma morte tranquila, entendida como uma forma de aliviar o sofrimento, decorrente de compaixão ou piedade pela pessoa adoecida (SANTOS, 1999).

A literatura científica também aponta para a existência de povos indígenas primitivos que praticavam procedimentos de assistência à morte visando amenizar o sofrimento, ao colocar os seus familiares adoecidos em fase terminal diante de fumaças de fogos para que perdessem a consciência, tribos nômades em que as pessoas adoecidas abandonavam seus familiares para morrer e outros povos que utilizavam ervas para reduzir o sofrimento e favorecer uma boa morte (cf. ARAUJO, 2015). “Os hindus que atiravam no Rio Gangés os

enfermos incuráveis após receberem um pouco da lama sagrada na boca e no nariz” (SANTOS, 1999, p. 270).

Segundo Araujo (2015), a partir do Cristianismo, o não prolongamento da vida em razão do fator sofrimento é moralmente aceito somente quando não houvesse possibilidade de tratamento. A autora exemplifica que se, durante a guerra um soldado ferido estivesse em agonia e forte sofrimento, sua morte por um colega, era moralmente aceita como ato de compaixão, e até mesmo o punhal utilizado para tal procedimento era conhecido como misericórdia.

Todavia, apesar da eutanásia ser prática comum entre várias culturas e povos desde a antiguidade, ainda hoje é fonte de discussão complexa a partir de pontos de vista diversos: como a ética, a moral, as ciências médicas, jurídicas e sociais.

Atualmente, o termo eutanásia é entendido como morte provocada em quem é vítima de sofrimento e doença incurável. Esta prática difere do homicídio porque neste último alguém provoca a morte de outrem por motivo econômico ou vingança (NAMBA, 2015). Em seus elementos constitutivos, podemos citar a morte provocada por sentimentos de piedade e compaixão; sendo a pessoa acometida de doença incurável. Para a literatura jurídica,

a eutanásia é a ação médica intencional de apressar ou provocar a morte - com exclusiva finalidade benevolente – de pessoa que se encontre em situação considerada irreversível e incurável, consoante os padrões médicos vigentes, e que padeça de intensos sofrimentos físicos e psíquicos (BARROSO & MARTEL, 2012, p.01).

Diversos países já validaram a prática da eutanásia. Na Bélgica, a eutanásia é regulamentada judicialmente para adultos desde 1935; e para crianças a partir de 2014. A legislação belga prevê que essa pode ocorrer somente com a vontade deliberada e repetida pelo paciente. E no caso de crianças, a doença deve ser irreversível e a criança estar em sofrimento físico, sendo esses parâmetros avaliados por profissionais da área da saúde, tais como o médico psiquiatra e o psicólogo, havendo ainda a necessidade de consentimento dos pais (cf. ARAUJO, 2015).

Na Holanda, a eutanásia, assim como o suicídio assistido, são permitidos desde 2002 nos casos em que o paciente esteja em sofrimento irreversível, insuportável e com doença na fase terminal. Além disso, o próprio paciente deve solicitar a eutanásia via petição. Na França, desde 2005, há a regulamentação do direito de morrer e o uso de cuidados paliativos (cf. ARAUJO, 2015).

Para a legislação brasileira, a eutanásia, segundo doutrina majoritária, é tipificada como homicídio privilegiado conforme o parágrafo 1º do artigo 121 do Código Penal Brasileiro, o qual prevê uma atenuação da pena de reclusão de um sexto a um terço caso o crime de homicídio seja cometido por relevante valor social ou moral. No homicídio comum, a pena para o crime é de 06 (seis) a 20 (vinte) anos de reclusão. Interpreta-se, no caso da eutanásia, que o agente agiu por compaixão ao doente que estava sob o sofrimento de doença grave, incurável e terminal. Conforme sugere Santos (1999):

uma rigorosa adequação jurídica se faz necessária. Não basta que na eutanásia se cuide de doença grave. É mister tratar-se de doença grave, incurável e terminal (p. 267).

Já o suicídio assistido enquadra-se no artigo 122 que prevê pena de 2 (dois) a 6 (seis) anos de reclusão para quem induzir, instigar ou auxiliar alguém ao suicídio.

Como o objetivo deste trabalho é discutir a constitucionalidade da ortotanásia no contexto brasileiro, seguir-se-á com as noções de mistanásia e distanásia, a título de diferenciar essas práticas da ortotanásia e continuar a apresentação das questões jurídicas a respeito do tema deste estudo nos capítulos posteriores.

1.2 Mistanásia

A Constituição Federal de 1988 traz em seu Título II (Dos Direitos e Garantias Fundamentais), Capítulo II (Dos Direitos Sociais) no artigo 6º o direito à saúde como um direito social, conforme se lê no artigo transcrito:

Art. 6º São direitos sociais a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (grifo meu)

Entretanto, no contexto brasileiro, “não é o que ocorre na maioria dos casos, pois há uma imensa deficiência na prestação dos serviços públicos de saúde no Brasil” (ZAGANELLI, SOUZA, CABRAL & SANCHES, 2016, p. 03).

O direito à vida não pode ser renunciado e a prática da eutanásia não é admitida na legislação brasileira. Entretanto, uma prática muito comum no Brasil é a “eutanásia social”, também conhecida como mistanásia ou “morte miserável” (deriva dos vocábulos mis= miserável e thanatos= morte).

Namba (2015) enfatiza que na América Latina a forma mais comum de mistanásia ocorre por omissão de socorro estrutural para milhões de doentes ao longo de toda a vida e não apenas durante uma fase avançada da doença ou terminalidade. Assim, a falta de infraestrutura adequada na saúde pública latino-americana favorece substancialmente situações de mistanásia, como ocorre no Brasil, a exemplo das pessoas que falecem na fila de espera por algum procedimento médico, exame clínico, medicação ou outra forma de tratamento da doença.

A ausência ou a precariedade de serviços de atendimento médico garante que pessoas com deficiências físicas e mentais ou com doenças que poderiam ser tratadas morram antes da hora, padecendo enquanto vivem dores e sofrimentos, em princípio, evitáveis (NAMBA, 2015, p. 224).

Quando o poder público negligencia a assistência à saúde, as pessoas podem recorrer ao judiciário para resguardarem seus direitos, trata-se da judicialização da saúde. Dessa maneira, torna-se lugar comum que o Judiciário intervenha nas situações em que os cidadãos não conseguem acesso a medicamentos ou mesmo tratamentos dos mais diversos tipos (ZAGANELLI, SOUZA, CABRAL & SANCHES, 2016).

Embora a prática da eutanásia não seja regulamentada no Brasil, a “eutanásia social” aparece no cenário da saúde brasileira como “uma forma” de controle social das camadas menos privilegiadas da sociedade, ou seja, a população socialmente e economicamente vulnerável. Para dar sequência ao tema de estudo, discutiremos, a seguir, a prática da distanásia.

1.3 Distanásia

A distanásia ou obstinação terapêutica refere-se a uma morte lenta e sofrida (cf. DINIZ, 2006). Do ponto de vista etimológico, a palavra deriva dos vocábulos gregos “dis”, significa afastamento, e “thanatos”, que se refere à morte. Em outras palavras, “[...] tudo deve ser feito mesmo que cause sofrimento atroz ao paciente. [...] Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte [...]”. (DINIZ, 2006, p. 399).

Ao se praticar a distanásia, prolonga-se o processo de mortificação a partir de intervenções médicas, procedimentos que, muitas vezes, são invasivos ao paciente ao provocar maior sofrimento, tais como uso de sonda nasointestinal, entubações com vistas a favorecer a ventilação, dentre outros. Consiste no prolongamento artificial e penoso do processo de morrer (BETIOLI, 2015).

No Brasil, o indivíduo no fim da vida pouco sabe a respeito de seu direito à morte digna e o próprio CFM reconhece que aquele acometido por doença incurável em fase terminal é frequentemente tratado com métodos terapêuticos inócuos ao combate da doença, capazes de adiar a morte às custas da diminuição da qualidade de vida do paciente (CRUZ & OLIVEIRA, 2013, p. 406).

Estas práticas se justificam pela valorização da vida que, muitas vezes, é mensurada a partir da quantidade de vida biológica e não pela qualidade da vida do enfermo (PESSINI, 2005). Bontempo (2011) também corrobora com esse ponto de vista, ao afirmar que:

... pessoas com doença em estágio terminal, sem chance de cura, agonizam nos leitos dos hospitais e sofrem demasiadamente, pois somente sobrevivem ligadas a aparelhos, que prolongam a morte, sem levar em consideração a dignidade do paciente (p. 74).

Assim, a distanásia ocorre quando o paciente, diante de uma doença grave, sem perspectiva de cura, sofre procedimentos que prolongam o caminho natural da morte, sem ser-lhe oferecido a qualidade no viver.

Também há que se considerar o desejo da família em permanecer com o ente querido ao seu lado, o que interferirá nos procedimentos médicos a serem empregados no tratamento da doença, alargando a agonia da pessoa, que, inclusive pode desejar morrer. Todavia, a distanásia configura-se como uma prática aceita socialmente por valorizar a vida em detrimento da morte, além de constituir uma prática lícita (GOLDIM, 2011).

A questão que se coloca é que a doença ganha maior amplitude e atenção do que a própria pessoa, ou seja: trata-se a doença e não o paciente, pois retiram sua autonomia e o direito de morrer dignamente. “Trata-se de prática muito discutível, pois delonga a agonia dos pacientes sem que esses tenham expectativa de cura ou melhora na qualidade de vida” (JUNGES, CREMONESE, OLIVEIRA, SOUZA, BACKES, 2010, p.277).

[...] a função clássica do médico – *curar, às vezes; aliviar, muito frequentemente e confortar, sempre* – é posta de lado, pois se relega o cuidado da pessoa doente e se enfatiza o tratamento da doença. (JUNGES, CREMONESE, OLIVEIRA, SOUZA & BACKES, 2010, p.281).

Nesse sentido, pode-se argumentar que a autoridade familiar/médica prevaleça muitas vezes sobre a própria vontade do paciente e que não seja possível morrer sem a autorização prévia da equipe médica, dos familiares e do âmbito legal. A tecnologia médica, o poder familiar e o ordenamento jurídico, assim, interferem no curso natural do morrer e no direito a uma morte digna. Se, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), o

conceito de saúde é entendido como um bem-estar global, que envolve a dimensão física, mental/emocional, social e espiritual do paciente, como seria possível respeitar essa noção de saúde a partir de práticas invasivas e agressivas para manter a pessoa viva, porém em sofrimento?

No próximo tópico, serão discutidos os procedimentos médicos que, ao contrário de prolongar o processo de sofrimento do paciente terminal, amenizam a dor, ao oferecer dignidade em sua terminalidade. Trata-se da ortotanásia ou morte no ‘tempo certo’.

1.4 Ortotanásia

Anteriormente foi apresentada a noção de distanásia, procedimentos desmedidos para prolongar a vida a qualquer custo. Ao contrário, a ortotanásia configura a atitude médica de acompanhar o paciente a uma morte sem sofrimento (JUNGES, CREMONESE, OLIVEIRA, SOUZA & BACKES, 2010).

A palavra ortotanásia deriva dos vocábulos gregos, “orthos” que quer dizer “correto, adequado”; e “thanatos” que quer dizer “morte”, ou seja, uma morte no tempo certo. A morte correta ou morte no tempo adequado (cf. BARROSO & MARTEL, 2012) remete à idéia de um curso natural do desenvolvimento humano, nascer, desenvolver-se e morrer. Nesse curso do desenvolvimento individual, a pessoa ao deparar-se com uma enfermidade poderá recorrer às práticas médicas para aliviar a dor e os sintomas da doença.

À despeito desta prática, a abreviação do curso natural da vida consiste na eutanásia, enquanto seu prolongamento com sofrimento e sem dignidade leva à distanásia, e à medida que há negligência de acesso à saúde configura-se a mistanásia.

A discussão que se coloca é que o paciente tem o direito à vida, mas também tem o direito de decidir sobre os procedimentos médicos que lhe conservam a vida ou prorrogam o processo de morte.

Para Junges, Cremonese, Oliveira, Souza e Backes (2010), o direito de morrer dignamente refere-se à vontade do paciente de obter uma morte humanizada, sem prolongar o seu sofrimento. Esses autores relatam que para entender o que seria morte digna é preciso discutir o que é uma vida digna. A vida digna pressupõe qualidade de vida para a pessoa, ou seja, seu bem-estar biopsicossocial, conforme o contexto social, histórico, cultural e ambiental no qual esteja inserida. Então, para esses autores, qualquer situação que venha a ferir essa qualidade de vida estaria infringindo a dignidade da pessoa.

Dessa forma, na medida em que esses doentes não têm mais chance de cura, e para evitar tratamentos que lhes causem mais dores e sofrimentos que somente prolongam a morte, deve ser-lhes dado o direito de morrer com dignidade (BONTEMPO, 2011, p. 74).

A morte digna é então uma morte sem uso de técnicas invasivas e agressivas ao paciente terminal, garantindo-lhe o direito de assistência, ao amenizar sua dor com os cuidados paliativos, e sem intensificar seu sofrimento ou estender o processo de morrer.

A conduta médica é o meio para trazer um sentido de humanização para a morte, aliviando as dores, através, muitas vezes de cuidados paliativos, que são aqueles que utilizam a tecnologia disponível para alívio do sofrimento físico e psíquico do paciente (ARAÚJO, 2015, p. 10).

A administração de medicações intravenosas, como a morfina, é prática comum nos leitos hospitalares, com o objetivo de reduzir a dor, falta de ar e o desconforto do paciente terminal. “Nesses casos, o médico (e só ele) não é obrigado a intervir no sentido de prolongar a vida do paciente além do período natural, salvo se tal lhe for expressamente requerido pelo doente” (SANTOS, 1999, p. 269). Por isso cabe ao paciente e, no seu impedimento, aos seus responsáveis, decidir se deseja ou não um tratamento que talvez prolongue a sua vida. Porém, ressalvo que a avaliação médica é primordial para essa decisão. “O médico não pratica, mesmo solicitado, a morte piedosa. Deixa apenas de prolongar, por meios artificiais, uma vida que, além de sofrida, mostra-se irrecuperável” (SANTOS, 1999, p. 272).

O viver em sofrimento em caso de terminalidade poderá se tornar um ‘peso’ para o próprio paciente. “Muito se discute sobre o direito à vida, mas é preciso enfrentar também o tema do direito de morrer. Viver é um direito e não uma obrigação a ser suportada com sofrimentos” (PIGNATARI, CORRÊA & LOPES, 2011, p.118). Quando viver em sofrimento é imposto sobre a vontade da pessoa, a vida deixa de ser um direito e passa a ser um fardo que o paciente terminal pode ser obrigado a carregar. Esses aspectos bioéticos levantam a discussão acerca da humanização no atendimento ao paciente terminal.

A questão da humanização da dor e do sofrimento humano na área da saúde traz, para além dos aspectos fisiológicos, reflexões sobre a perda da integridade da pessoa humana e da consequente perda de qualidade de vida (JUNGES, CREMONESE, OLIVEIRA, SOUZA & BACKES, 2010, p.281).

Por isso, a ortotanásia é um método que proporciona uma qualidade de vida no momento da morte, ao amenizar a agonia do paciente, respeitar a dignidade da pessoa humana e permitir que a vida prossiga em seu último estágio já que a morte é um processo natural no ciclo vital humano.

Perante a ausência de legislações que regulem a ortotanásia no ordenamento jurídico brasileiro, serão apresentados a seguir alguns aspectos jurídicos da prática da ortotanásia a partir da ação civil pública nº 2007.34.00.014809-3 promovida Ministério Público Federal, da Resolução CFM nº 1.931/2009 (Código de Ética Médica) e da lei estadual paulista nº 10.241/1999

2. Aspectos jurídicos da prática ortotanástica

Embora a sociedade brasileira valorize a vida ao prestigiar intervenções que tardiam a morte, a ortotanásia torna-se cada vez mais discutida em nosso ordenamento jurídico. Porém, até o presente momento, não há uma legislação federal que a regule no Brasil.

Em meio à lacuna jurídica, o Conselho Federal de Medicina (CFM) tem editado resoluções que orientam a classe médica quanto às práticas terapêuticas nos casos de terminalidade do paciente. Entretanto, falta uma segurança jurídica, uma lei para toda a sociedade, uma vez que as resoluções do CFM asseguram apenas aos médicos tais orientações. Seguir-se-á no próximo tópico a discussão de uma ação civil pública na qual o Ministério Público Federal questiona o poder regulamentador do CFM em suas resoluções. Na ausência da legislação acerca de tais práticas médicas, o judiciário é chamado para solucionar os conflitos.

2.1 Ação Civil pública nº 2007.34.00.014809-3

Como tentativa de inclusão do conceito de saúde ditado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), como um aspecto biopsicossocial e espiritual, o CFM incluiu a noção de ortotanásia na ética médica em uma resolução que permite a suspensão de tratamento médico em pacientes terminais quando esses apresentam o desejo de interrupção do tratamento e/ou quando o familiar atesta essa vontade na impossibilidade de decisão por parte do doente (BONTEMPO, 2011). A resolução nº 1.805/2006 do CFM traz o conceito de ortotanásia não como uma prática de omissão na prestação de serviços ao paciente

terminal, mas como uma forma oferecer os cuidados necessários que aliviam os sintomas e o sofrimento do paciente sem perspectiva de cura.

Em 2007, o Ministério Público propôs ação civil pública para anular a resolução 1.805/2006 do CFM, alegando sua inconstitucionalidade, uma vez que essa colocava em discussão aspectos relativos à prática da ortotanásia no contexto brasileiro, embora ela não seja regulamentada juridicamente, por tanto, não caberia ao CFM legislar sobre ortotanásia e assim sobrecaía em uma questão ilícita do ponto de vista do Ministério Público Federal.

Segundo o Ministério Público Federal:

o Conselho Federal de Medicina não tem poder regulamentar para estabelecer como conduta ética uma conduta que é tipificada como crime; [ii] o direito à vida é indisponível, de modo que só pode ser restringido por lei em sentido estrito; [iii] considerado o contexto sócio-econômico brasileiro, a ortotanásia pode ser utilizada indevidamente por familiares de doentes e pelos médicos do sistema único de saúde e da iniciativa privada (Sentença do Processo N^o: 2007.34.00.014809-3, MPF, fl. 1).

O Conselho Federal de Medicina apresentou argumentação a respeito da prática da ortotanásia:

[i] a resolução questionada não trata de eutanásia, tampouco de distanásia, mas sim de ortotanásia; [ii] a ortotanásia, situação em que a morte é evento certo, iminente e inevitável, está ligada a um movimento corrente na comunidade médica mundial denominado Medicina Paliativa, que representa uma possibilidade de dar conforto ao paciente terminal que, diante do inevitável, terá uma morte menos dolorosa e mais digna; [iii] a ortotanásia não é considerada crime; e [iv] o direito à boa morte é decorrência do princípio da dignidade humana, consubstanciando um direito fundamental de aplicação imediata. A prova testemunhal requerida pelo Conselho Federal de Medicina foi deferida e produzida em audiência (Sentença do Processo N^o: 2007.34.00.014809-3, MPF, fls 1 e 2).

Em setembro de 2010 foi dada a sentença que decidiu por rejeitar o pedido de nulidade da resolução 1.805/2006 movido pela ação civil pública oferecida pelo Ministério Público Federal. Nela há uma argumentação sobre a diferença entre as noções de eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia. A sentença menciona a jurista Maria Elisa Villas Boas que, dentre outros, apresentou o seu parecer:

Recentemente publicada, a Resolução, a rigor, não era necessária. **Ela não permite nada. Só ratifica o que já é permitido.** Vem, todavia, afinal dirimir algumas dúvidas, mais comuns no lidar com

pacientes em final de vida. Foi preciso muita discussão e maturamento para se chegar à conclusão - algo óbvio, é de se dizer - de que ninguém é obrigado a morrer entubado, usando drogas vasoativas (para o coração se manter, a duras penas, batendo) e em procedimentos dialíticos numa UTI. O Direito não pode obrigar isso. O Direito não tem por que obrigar isso. **Não, não é crime morrer em casa, ou sob cuidados que mais se aproximem dos domiciliares"** (...) A ortotanásia pregada na Resolução 1.805/2006 não é a morte antecipada, deliberadamente provocada, como na idéia atual de eutanásia. **É a morte mais natural e humana, quando já não se a pode evitar ou adiar a contento** (...) Dizer que é ilegal a ortotanásia assim empreendida - quando, esgotados os recursos úteis, restam a mera futilidade e a obstinação terapêutica - significa dizer que é obrigatória a distanásia: a morte adiada a todo custo, às expensas de agonia, abuso terapêutico e desnecessário sofrimento, como numa tortura final, que condena o paciente à morte solitária, isolado dos seus entes queridos, nega-lhes a participação no processo de morrer, submete o paciente a mais e mais desconfortos, ainda que se os saiba incapazes de reverter o quadro mórbido e o processo de morte instaurados (Sentença do Processo Nº: 2007.34.00.014809-3, MPF, fl. 9).

Como foi dito a ação civil pública não obteve êxito em seu pedido. Posteriormente o CFM editou o seu novo código de ética médica, a Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009, tema do próximo item.

2.2 A ortotanásia no Código de Ética Médica

A Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 do CFM, que entrou em vigor em 13 de abril de 2010, apresentou o atual Código de Ética Médica que regulamenta a atividade do médico e traz direitos dos pacientes, além de esclarecer os procedimentos médicos a serem adotados em casos de terminalidade do doente.

Este novo Código, discutido publicamente por dois anos, incorporou sugestões não apenas da classe médica, mas de toda a sociedade civil e contempla as discussões sobre os cuidados com pacientes terminais e o prolongamento da vida inútil ou obstinado em situações clínicas paliativas (JUNGES, CREMONESE, OLIVEIRA, SOUZA & BACKES, 2010, p.276).

O paciente terminal, segundo Iberê Anselmo Garcia (2007) é o doente crônico, aquele que não apresenta chance de cura segundo o ponto de vista da medicina. E a terminalidade é definida por Raquel Sztajn (2009) como um estado da natureza em que a

superveniência da morte por agravamento de uma doença ou por um acidente/trauma seja inevitável.

A resolução 1931/2009 do CFM, em seu capítulo I (Princípios Fundamentais), inciso VI, atesta que o profissional da medicina não deverá utilizar seus conhecimentos técnico-científicos para provocar sofrimento físico ou moral, bem como reduzir o tempo de vida do paciente.

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Também assegura nos incisos XXI e XXII que o médico deverá acatar a decisão do paciente em processo terminal quanto aos recursos terapêuticos a serem empregados em seu tratamento, conforme as previsões legais. Empregar os cuidados paliativos necessários à qualidade do tratamento do doente.

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

Ainda no novo código de ética médica, no capítulo V, referente à relação do médico com pacientes e familiares, no artigo 41, parágrafo único, é vedado ao médico:

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.

O que ocorre é que o médico diante da particularidade trazida pelo seu paciente, conforme o desejo expresso dele, mantém sua conduta assegurada pelo Código de Ética Médica, mas esse regula apenas a atividade médica, como já foi dito outrora, não respalda o trabalho da equipe interdisciplinar do hospital e nem da família do doente, mantendo-se

outros impasses mediante a ausência de uma segurança jurídica. A esse respeito, Pignatari, Corrêa e Lopes (2011) discutem que:

Quando o paciente não puder opinar, aumenta em muito a complexidade da questão, porque as pessoas citadas acima podem ter interesses ocultos, por exemplo, autorizar a ortotanásia para aliviar a família, exausta ou que não quer mais gastar, ou pior, para que os bens do doente venham logo ao seu dispor. Nesse caso, o familiar não estaria autorizando a ortotanásia por compaixão, por humanização ou pela vontade do próprio paciente, mas sim por interesses escusos ou simplesmente para se livrar do problema (p.122).

Diante de tais impasses bioéticos, o CFM elaborou a Resolução nº1995/2012, publicada em 31 de agosto do mesmo ano, que dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade. Trata-se de um documento que visa dirimir conflitos diante de cuidados e tratamentos médicos no fim da vida, tendo o paciente manifestado seu desejo em documentação prévia e/ou designado um representante legal para a tomada de decisões nestas situações. Essa resolução define, em seu artigo primeiro, que as diretrizes antecipadas de vontade são os desejos previamente expressos e manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar livremente sua vontade.

Em seu artigo 2º, a resolução prevê:

Art.2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade”.

E ainda no artigo 2º, parágrafo 1º:

§1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

Entretanto, quando o paciente não tiver lavrado suas diretrizes antecipadas de vontade, como o médico deverá proceder? No parágrafo 5º, do artigo 2º, a resolução dá orientações:

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do

hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

Porém, o Ministério Público Federal questionou os argumentos e fundamentações da resolução nº1.995/2012 do CFM, através da ação civil pública nº. 1039-86.2013.4.01.3500 ao alegar que:

a) a Resolução nº 1995/2012 do CFM, ao regulamentar a atuação dos profissionais frente a pacientes terminais, incidiu em inconstitucionalidade e ilegalidade; b) a pretexto de preencher o vazio normativo deixado pela Resolução nº 1.805/2006, que autorizou os pacientes a optarem pela ortotanásia, a Resolução nº 1995/2012, em vez de facultar ao paciente a designação de um representante legal, instituiu as “diretivas antecipadas de vontade”, a serem externadas pelos próprios pacientes e que deverão prevalecer sobre quaisquer pareceres não médicos e desejos dos familiares; c) a Resolução nº 1995/2012 extrapolou os poderes conferidos pela Lei nº 3.268/57, pois regulamentou tema que possui repercussões familiares, sociais e nos de direitos de personalidade; d) somente a União, por meio do Congresso nacional, poderia dispor sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, nos termos do art. 22, inciso I, XVI e XXIII, da Constituição Federal; e) a resolução omitiu-se em pontos essenciais, tais como o estabelecimento dos requisitos relativos ao paciente, limite temporal de validade das diretivas, formas de revogação, critérios de participação da família e o instrumento utilizado para registro da vontade do paciente; f) não foi previsto o direito de a família influenciar na formação da vontade e fiscalizar o seu cumprimento, o que vai de encontro ao art. 226, caput, da Constituição Federal; g) o prontuário médico é instrumento inidôneo para o registro das diretivas antecipadas de vontade no prontuário médico, pois o seu caráter sigiloso impede o controle de atuação do médico.

O Conselho Federal de Medicina apresentou como argumentação:

a) o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1280/2009, manifestou-se no sentido de que, no âmbito do Serviço Único de Saúde – SUS, os pacientes devem ter os seus valores, cultura e direitos respeitados, em especial, direito ao sigilo, confidencialidade, consentimento livre, voluntário e esclarecido e livre escolha de quem será o representante pela tomada de decisões na ocasião de sua incapacidade; b) não há que se falar em ilegalidade ou inconstitucionalidade, pois a União por meio da lei nº. 3.268/57, outorgou aos Conselhos de Medicina competência para tratar do exercício técnico e moral da medicina; c) a Resolução não pretende introduzir no ordenamento jurídico a possibilidade de ortotanásia, mas apenas informar ao médico que a conduta ética da profissão exige o respeito aos desejos e vontades previamente expressados pelo paciente quanto aos tratamentos a que deseja ou não se submeter; d) as diretivas antecipadas objetivam o respeito a

autonomia do paciente e tem fundamento na dignidade humana; e) o artigo 5º, inciso III, da Constituição Federal e o artigo 15 do Código Civil, estabelecem relevância a autonomia do paciente diante das hipóteses de tratamento; f) a capacidade de manifestação de vontade está prevista nos arts. 1º a 5º do Código Civil, não havendo necessidade de ser normatizada pela resolução; g) o ato de vontade não caduca pelo decurso do tempo e o paciente é livre para não mais se valer das diretivas, bem como para revogá-las, desde que aplicado o princípio da simetria das formas; h) na ausência de diretriz antecipada do paciente, a família será consultada; i) a Resolução não criou forma especial, pois os pacientes podem expressar a vontade por qualquer meio que tenha idoneidade e validade jurídica, tendo apenas indicado que o médico registrar as diretivas de vontade no prontuário; j) vários países já adotam o instituto em seus Códigos de Ética Médica.

Dada a análise das argumentações, o juiz decidiu por não acatar o pedido do Ministério Público Federal, ao salientar que, mediante a um vazio legislativo sobre a questão, o CFM não extrapolou sua competência, sendo que a resolução nº. 1.995/2012 não fere o ordenamento jurídico. A sentença foi dada em 21 de fevereiro de 2014.

Em 17 de dezembro de 2016 o CFM editou a Resolução nº. 2.156 que estabeleceu os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Essa traz em seu artigo 10 (dez) orientações ao médico quanto aos critérios de alta do paciente em unidades de tratamento intensivo.

Art. 10. Os critérios para alta das unidades de tratamento intensivo (UTI) são:

- a) Paciente que tenha seu quadro clínico controlado e estabilizado;
- b) Paciente para o qual tenha se esgotado todo o arsenal terapêutico curativo/restaurativo e que possa permanecer no ambiente hospitalar fora da UTI de maneira digna e, se possível, junto com sua família.

Os critérios de alta em serviços de terapia intensiva definidos nesta resolução reduzem os impasses para o profissional da medicina diante dos pacientes terminais, resguardando a dignidade da pessoa humana, princípio assegurado pela carta magna brasileira.

Portanto, verifica-se que o conhecimento científico do Direito não acompanha os avanços tecnológicos da área médica, ficando esses avanços carentes de regulamentação. Cabendo ao CFM, na ausência de uma legislação *erga omnes*, assegurar à sua classe profissional uma orientação acerca de tais questões, através das resoluções de classe, ainda que envolva aspectos constitucionais.

2.3 A ortotanásia e sua regulamentação no plano da Legislação Estadual Paulista – lei nº 10.241/1999

No estado de São Paulo, em 17 de março de 1999, foi assinada, pelo então governador Mário Covas, a lei nº. 10.241/1999, que trouxe em seu artigo 2º os direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo, com destaque para os incisos VII, XXIII e XXIV:

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

VII – consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;

XXIII – recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida;

XXIV – optar pelo local de morte.

O ex-governador do estado de São Paulo, Mário Covas, faleceu em 06 de março de 2001, vítima de um adenocarcinoma na bexiga (câncer), fazendo uso da própria legislação que ele sancionou. Ele preferiu interromper o tratamento em fase terminal mediante a uma condição clínica e prognóstico desfavoráveis.

Desde 17 de março de 1999, os usuários dos serviços de saúde de São Paulo possuem legalmente o direito de escolha em prosseguir ou não com a terapêutica utilizada em seu tratamento, bem como decidir sobre o local que prefere morrer.

2.4 A ortotanásia e a problemática na legislação infraconstitucional

Para iniciar esse tópico, partir-se-á de uma reflexão sobre alguns artigos do Código Penal Brasileiro, do Código Civil Brasileiro, e do Código de Defesa do Consumidor.

O Código Penal Brasileiro traz em sua parte geral Título II(Do Crime), artigo 13 (Relação de causalidade) e seu parágrafo 2º a seguinte redação:

Art. 13. O resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a **ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido** [...]

§2º A omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem:
a) Tenha por lei **obrigação de cuidado**, proteção e vigilância. (grifo meu)

Já o artigo 135, da mesma lei, trata da omissão de socorro e traz na redação de seu caput e de seu parágrafo único os seguintes dizeres:

Art. 135. **Deixar de prestar assistência**, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou **à pessoa inválida ou ferida**, ao desamparo **ou em grave e iminente perigo**; ou não pedir, nesses casos o socorro da autoridade pública:
Pena – detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.
Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada se **resulta morte**. (grifo meu)

Nesse sentido, ao combinar os dois artigos, pode-se interpretar que o profissional da medicina, mesmo sabendo das limitações de um paciente terminal, ao não realizar técnicas invasivas que prolonguem a vida, mesmo sendo essa sob sofrimento e sem prognóstico favorável, poderá responder penalmente por omissão no tratamento.

Já o Código Civil Brasileiro em sua parte geral, Livro III (Dos Fatos Jurídicos) no título III (Dos Atos Ilícitos), traz o artigo 186 que descreve:

Art. 186 **Aquele que, por ação ou omissão voluntária**, negligência ou imprudência, violar direito e **causar dano a outrem**, ainda que exclusivamente moral, **comete ato ilícito**. (grifo meu)

A mesma lei traz também em sua parte especial, Livro I no título IX (Da Responsabilidade Civil), Capítulo I (Da Obrigação de Indenizar), o artigo 927, que prevê:

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, **fica obrigado a repará-lo**.
Parágrafo único. **Haverá obrigação de reparar o dano**, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou **quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar**, por sua natureza, **risco para os direitos de outrem**. (grifo meu)

Dessa vez, combinando os dois artigos do Código Civil Brasileiro acima citados, pode-se interpretar que: na omissão de um tratamento distanásico ao paciente terminal, poderá o médico responder na esfera civil.

Por último citamos o Código de Defesa do Consumidor que traz em seu Título I (Dos Direitos do Consumidor), no Capítulo IV (Da Qualidade de Produtos e Serviços, Da Prevenção e Da Reparação Dos Danos), Seção II (Da Responsabilidade pelo Fato do Produto e do Serviço), artigo 14, a seguinte redação:

Art. 14. O fornecedor de serviços, também responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores, por defeitos relativos à prestação de serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos. (grifo meu)

Nesse caso, poderá o médico também ser responsabilizado na prestação dos seus serviços, já que a situação de um paciente terminal não o desqualifica da condição de consumidor, na questão, consumidor do serviço médico.

Já na esfera administrativa\disciplinar, segundo o jurista e cientista criminal Luiz Flávio Gomes, a conduta do médico que pratica a ortotanásia não é aética, portanto, não é reprovável administrativamente. Esse autor também reflete se o médico responderia penalmente pela prática da ortotanásia:

Há muito tempo estamos sustentando que não, desde que preenchidos todos os requisitos necessários (paciente terminal, doença grave e incurável, pedido do paciente etc.). Por que não? Porque não se trata de uma morte arbitrária; ao contrário, estamos diante de uma “morte digna”. E criminosa é, tão-somente, a morte arbitrária, nos termos do que diz o art. 4º, da Convenção Americana de Direitos Humanos, que tem valor jurídico superior ao da lei (consoante posição do STF, RE 466.343-SP). (GOMES, 2011, p. 1).

A jurista Roxana Cardodo Brasileiro Borges também corrobora com esse pensamento ao afirmar que: “A Ortotanásia é conduta atípica frente ao Código Penal, pois não é causa de morte da pessoa, uma vez que o processo de morte já está instalado” (2005, p.1). Assim, diante do sofrimento vivenciado pelo paciente em fase terminal, caberá ao médico amenizar esse sofrimento, ainda que, o processo perdure conduzindo a sua morte.

Tal celeuma poderá ser discernida caso seja aprovado o projeto de lei nº 236, de 2012(Novo Código Penal), que hoje tramita na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), o qual propõe, em seu artigo 122, regular a punição para a prática da eutanásia e traz no parágrafo 2º a figura da ortotanásia como uma excludente de ilicitude, conforme se lê:

Art. 122. Matar por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável em razão de doença grave:

Pena: prisão de dois a quatro anos.

1º. O juiz deixará de aplicar a pena avaliando as circunstâncias do caso, bem como a relação de parentesco ou estreitos laços de afeição do agente com a vítima.

2º Não há crime quando o agente deixa de fazer uso de meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave irreversível, e desde que essa circunstância esteja previamente atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão (grifo meu).

Conforme exposto, ainda não há legislação infraconstitucional que regule a prática da ortotanásia no Brasil, fato esse que enseja uma insegurança jurídica, cabendo então à interpretação da Constituição Federal a missão de gerar essa segurança enquanto não for regulamentada tal prática. Dar-se-à sequência à exposição dos Direitos e Garantias Fundamentais à vida, à liberdade e ao princípio da dignidade da pessoa humana para, através da interpretação desses, fundamentar o objetivo deste trabalho, a verificação da constitucionalidade da prática da ortotanásia.

3. A ortotanásia no direito constitucional

Na ausência de um ordenamento jurídico específico para a prática da ortotanásia como excludente de ilicitude na legislação brasileira, recorre-se à interpretação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988) para verificar sua constitucionalidade à luz do direito à vida; direito à liberdade e da dignidade da pessoa humana.

3.1 Proteção constitucional do direito à vida

A Constituição Federal de 1988, no Título II (Dos Direitos e Garantias Fundamentais), Capítulo I (Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos), artigo 5º, cita a vida como o primeiro direito fundamental, não fazendo distinção entre as pessoas, ao garantir a todos (brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil) a inviolabilidade do direito à vida, conforme se lê no artigo transcrito abaixo:

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, nos termos seguintes: (grifo meu)

“A existência humana é o pressuposto elementar de todos os demais direitos e liberdades dispostos na Constituição. Esses direitos têm nos marcos da vida de cada indivíduo os limites máximos de sua extensão concreta” (BRANCO, 2015, p. 255).

Sendo a vida um direito, não poderia ela ser uma obrigação, conforme argumentado na citação que segue: “O direito (não o dever) à vida não prevê que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamentos fúteis, quando já não existem possibilidades de recuperação” (JUNGES, CREMONESE, OLIVEIRA, SOUZA, BACKES, 2010, p.280).

[...] é que a vida deve prevalecer como direito fundamental oponível *erga omnes* quando for possível viver bem. No momento que a saúde do corpo não mais conseguir assegurar o bem-estar da vida que se encontra nele, há de ser considerados outros direitos, sob pena de infringência ao princípio da igualdade. É que a vida passará a ser dever para uns e direito para outros [...]. (SÁ, 2005, p.50).

Partindo de tal interpretação, seria inconstitucional a aplicação de técnicas que proporcione uma sobrevida distanástica ao paciente, caso esse a rejeite, ou, na impossibilidade de externar sua vontade, o paciente a tenha deixado por escrito, ou promovido outro para decidir por ele no momento de sua impossibilidade.

O direito à vida e o direito à liberdade enquadram-se nos direitos de primeira geração. Esses direitos surgiram no final do século XVIII, fruto das Revoluções Liberais (francesa e norte-americana) como uma reivindicação da burguesia em relação ao poder absoluto do Estado monarca, para limitar a ação do Estado e obter a abstenção deste nas liberdades individuais (NOVELINO, 2014). Por isso, o direito à vida nos remete a uma liberdade individual, e no caso da prática da ortotanásia, o paciente deve ter a liberdade e autonomia para exercer seu direito de escolha sobre o término de sua vida em situações nas quais, fisiologicamente, o seu organismo não mais lhe assegure bem-estar e um viver com dignidade, conforme será discutido nos tópicos a seguir.

3.2 Proteção constitucional do Direito à liberdade

A Constituição Federal de 1988, também no Título II, Capítulo I, caput do artigo 5º, traz a liberdade como o segundo direito fundamental, conforme transcrito e destacado no item anterior.

No que diz respeito à prática da ortotanásia, partindo-se do direito à liberdade como um direito de primeira geração, interpreta-se que, manter a pessoa viva de modo artificial

com intubação e outros procedimentos terapêuticos invasivos, feriria o direito à liberdade por uma vida digna e, conseqüentemente, por uma morte digna e sem maiores sofrimentos, quando for irreversível o processo de morrer. A esse respeito, Pignatari, Corrêa e Lopes (2011) asseveram que:

Fazer com que uma pessoa tenha sua vida mantida de modo mecânico e artificial pode ser equiparado a um meio de tortura física e psicológica, tratamento que a Constituição proíbe expressamente em seu art. 5º, inciso III. Também no art. 5º *caput* protege-se o direito à liberdade. Nesse caso, inclui-se também a liberdade de escolher morrer decentemente quando a vida não for mais digna (p.127).

Para o constitucionalista Luís Roberto Barroso: “A liberdade envolve direito à autodeterminação, desde que o exercício dessa liberdade seja lúcido e não interfira no direito de uma outra pessoa” (BARROSO, 2006, entrevista concedida à revista online Migalhas, nº. 4.026). A partir dessa interpretação, caberá à pessoa, de maneira autônoma, o direito de decidir sobre a terapêutica utilizada em seu tratamento e o local que deseja morrer.

Junges, Cremonese, Oliveira, Souza e Backes (2010) mencionam o inciso XXXV, artigo 5º. da Constituição Federal, no qual garante-se que a pessoa, mediante ameaça a direito ou lesão, poderá requisitar apreciação do Poder Judiciário para tal finalidade.

O direito do paciente de não se submeter ao tratamento ou de interrompê-lo é consequência da garantia constitucional de liberdade, autonomia jurídica, inviolabilidade de sua vida privada e intimidade e, principalmente, da dignidade da pessoa, erigida como fundamento no art. 1º da Constituição Federal (JUNGES, CREMONESE, OLIVEIRA, SOUZA, BACKES, 2010, p.280).

Violar o direito à liberdade da pessoa para aferir-lhe procedimento agressivo e manter-lhe vivo à qualquer custo, como ocorre nas práticas distanásicas, não seria uma inconstitucionalidade e uma violência? Para fomentar esse debate, o princípio da dignidade da pessoa humana faz-se necessário, conforme apresentado a seguir.

3.3 Princípio da Dignidade da Pessoa Humana

A Constituição Federal de 1988 em seu Título I (Dos Princípios Fundamentais) artigo 1º, inciso III, prestigia a dignidade da pessoa humana como um princípio fundamental da República Brasileira. A dignidade humana, no caso de um paciente terminal, enseja a necessidade dele ser assistido não só no seu direito à vida, mas também o assegura o direito

de morrer com dignidade. Por isso, na discussão das práticas ortotanásticas no contexto brasileiro, “por meio de interpretação constitucional baseada no princípio fundamental da dignidade da pessoa humana e no direito à vida, entende-se que a Constituição Federal protege o direito à morte digna” (CRUZ, OLIVEIRA, 2013, p. 405).

Entende-se que o Estado deve assegurar o direito de continuar-se vivo, e de proporcionar dignidade ao ser humano. Importante, nesse caso, é relacionar o direito à vida como uma obrigação do Estado, e não uma imposição do Estado, sendo que a questão relacionada à dignidade é fator obrigatório para a manutenção da vida humana (MARINHO, 2011, p. 18).

Assim, na medida em que o paciente se encontra em estágio terminal, para se evitar tratamentos que aumentem a sua dor, o seu sofrimento e prolongue uma vida sem dignidade, interpreta-se que o princípio da dignidade da pessoa humana também protege o direito a uma morte digna.

A dignidade da pessoa humana também é regulamentada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948). Esta declaração surgiu mediante os erros cometidos nas duas grandes guerras mundiais, e como meio de se evitar torturas, miséria e doenças por falta de saneamento básico (cf. ZAGANELLI, SOUZA, CABRAL & SANCHES, 2016).

O artigo 5º, inciso III, da Constituição Federal, também assegura que:

III-ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante.

O que também favorece uma interpretação de que não é permitida a prática de procedimentos terapêuticos que provoquem sofrimento ao paciente. “Como a vida, a morte digna, sem dor e angústia, é um direito humano. A autonomia e a dignidade no fim da vida podem oferecer soluções e caminhos para que este direito venha a ser respeitado” (JUNGES, CREMONESE, OLIVEIRA, SOUZA, BACKES, 2010, p.278).

A morte digna enfatiza o respeito à dignidade do enfermo, não o mantendo artificialmente conectado a aparelhos, entubado com respiração assistida e com a manutenção artificial de dados vitais, sem qualquer possibilidade de cura e num processo iniciado de morte. Trata-se da não agressão à dignidade do ser humano, o seu direito à autonomia (quando possível) na tomada de decisão sobre a suspensão do uso de meios desproporcionais (JUNGES, CREMONESE, OLIVEIRA, SOUZA, BACKES, 2010, p.280).

Para Pignatari, Corrêa e Lopes (2011) a dignidade da pessoa deverá prevalecer sobre os valores conservadores e moralistas da nossa sociedade. Portanto, o paciente deve ter o direito de opinar sobre quais procedimentos terapêuticos deseja ser submetido e onde deve acontecer o seu processo de morrer.

Se o paciente quer viver os últimos momentos em casa, no seio familiar, com cuidados paliativos para as dores, esse desejo deve ser aceito moral e legalmente, porque se prega que a lei seja feita em benefício da sociedade, e a própria sociedade pede a regulamentação da conduta. (PIGNATARI, CORRÊA, LOPES, 2011, p.121).

Bontempo (2011), parte da análise realizada pela jurista Maria Helena Diniz, reafirma que todos esses princípios e normas éticas e jurídicas se aplicam à prática da ortotanásia, uma vez que resguardam a autonomia da pessoa, que, no caso da ortotanásia, diz respeito ao direito do paciente terminal em decidir como prefere receber o tratamento de modo a garantir-lhe o direito de morrer dignamente; em não potencializar o sofrimento da pessoa; e na beneficência do alívio promovido ao mesmo perante cuidados que favoreçam sua dignidade.

Nas relações médico-paciente, a conduta médica deverá ajustar-se às normas éticas e jurídicas e aos princípios norteadores daquelas relações, que requerem uma tomada de decisão no que atina aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem adotados. Tais princípios são da beneficência e não maleficência, o do respeito à autonomia e ao consentimento livre e esclarecido e o da justiça. Todos eles deverão ser seguidos pelo bom profissional da saúde, para que possa tratar seus pacientes com dignidade, respeitando seus valores, crenças e desejos ao fazer juízos terapêuticos, diagnósticos e prognósticos (DINIZ, 2006, p.648-649).

Para realizar uma escolha efetiva e consciente da melhor terapêutica para o paciente terminal, Villas-Bôas (2008) afirma que a restrição de recursos artificiais não é crime se eles não representam benefício efetivo à pessoa enferma, configurando-se assim apenas obstinação terapêutica.

Existem alguns argumentos contrários a excluir de ilicitude a ortotanásia, alguns juristas afirmam que, se a ortotanásia for autorizada, pessoas que não possuem condições econômicas, poderão se encontrar em uma desproteção, uma vez que haveria o risco de que a ortotanásia fosse praticada em demasia como estratégia para resolver a problemática da falta de leitos nos hospitais. Entretanto,

dizer que a prática da ortotanásia não deva ser implantada por esse motivo no Brasil é uma ingenuidade que revela a desinformação total com relação aos problemas da saúde pública. A todo momento, nos hospitais públicos, a mistanásia [...] já é aplicada, sem que haja qualquer regulamentação e muito menos a represália ou conscientização do Poder Público (PIGNATARI, CORRÊA, LOPES, 2011, p.126).

Outra argumentação contrária apresentada diz do risco dos pacientes hospitalizados e em fase terminal se sentirem constrangidos a oferecerem suas vagas para outros pacientes com possibilidade de cura, perante a falta de vagas nos leitos das Unidades de Terapia Intensiva; bem como a falibilidade do diagnóstico que poderia levar a um erro ao considerar um paciente em fase irreversível, apesar de haver alguma chance, ainda que pequena, de que outros procedimentos científicos possam trazer bons resultados e a recuperação da saúde do paciente (JUNGES, CREMONESE, OLIVEIRA, SOUZA, BACKES, 2010).

Entretanto, caberia ao médico discernir as limitações de suas intervenções e ao paciente o direito de escolher seu tratamento e as possíveis complicações e sofrimentos decorrentes. “A solução mais correta para cada situação está diretamente ligada à dignidade da pessoa que sofre o inevitável processo da morte, respeitando suas decisões” (JUNGES, CREMONESE, OLIVEIRA, SOUZA, BACKES, 2010, p.275).

Assim, verifica-se a viabilidade de excludente de ilicitude quanto à prática da ortotanásia no contexto brasileiro e a conformação teórica da mesma ao ordenamento jurídico brasileiro diante dos estudos apresentados e discutidos nesse trabalho que atestam para a constitucionalidade de tal prática a partir dos direitos e garantias fundamentais à vida, à liberdade e do princípio fundamental da dignidade da pessoa humana.

4. Considerações Finais

A partir da lacuna no ordenamento jurídico para regulamentar a ortotanásia no contexto brasileiro como terapêutica médica, o objetivo do trabalho foi analisar essa prática em pacientes terminais à luz da proteção constitucional. Mais especificamente, o presente trabalho baseou-se nos preceitos constitucionais do direito à vida e à liberdade, e, conseqüentemente, direito a uma morte digna, bem como pelo princípio da dignidade da pessoa humana para analisar a constitucionalidade da ortotanásia.

A concepção de vida abordada no trabalho refere-se a um direito fundamental previsto na Constituição Federal de 1988. Verificou-se que o paciente deve ter respeitada a sua escolha quanto aos procedimentos médicos a serem adotados em caso de doença terminal, a partir de sua tomada de decisão ou das diretivas antecipadas de vontade quanto às condutas médicas que prolonguem ou não o seu processo de morrer, ou declarações que o vincule a terceiros, ao eleger responsáveis legais para decidir por ele em caso de sua impossibilidade.

Este trabalho, portanto, aponta para a viabilidade da excludente de ilicitude das práticas ortotanásticas e a conformação teórica da mesma ao ordenamento jurídico brasileiro a partir da análise dos direitos fundamentais e do princípio da dignidade da pessoa humana, e dos argumentos apresentados pelos juristas e pela literatura científica sobre o assunto, ao defender o direito de morrer dignamente, conforme assegurado na interpretação da Carta Magna Brasileira de 1988.

5. Referências

ARAÚJO, Marilene. Aspectos filosóficos e jurídicos sobre a morte, a eutanásia, a ortotanásia e o suicídio assistido. *Revista de Direito Constitucional e Internacional* [Recurso Eletrônico], São Paulo, n. 90, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://dspace.xmlui/bitstream/item/18314/41689.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 04 de janeiro de 2017.

AZEVEDO, Israel Belo de. *O prazer da produção científica: diretrizes para a elaboração de trabalhos acadêmicos*. Piracicaba: Editora UNIMEP, 1998.

BARROSO, Luís Roberto. Constitucionalista diz que lei ampara ortotanásia no país. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 04 de dezembro de 2006. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0412200613.htm>. Acesso em 09 de janeiro de 2017.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Leticia de Campos. *A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida*. 2012. Disponível em <http://www.conjur.com.br/2012-jul-11/morte-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida>. Acesso em: 04 de janeiro de 2017.

BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Direitos Fundamentais em Espécie. Em: MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de Direito Constitucional*. 10ª. edição. São Paulo: Ed. Saraiva, 2015.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. *Código Penal*. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. Constituição Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília/DF. Senado, 1988.

BRASIL. Código Civil (2002). *Código civil brasileiro e legislação correlata*. 2. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008. 616 p.

BRASIL. *Ação Civil Pública nº. 2007.34.00.014809-3*. Seção Judiciária do Distrito Federal. 2007.

BRASIL. *Projeto de Lei – PL 236 de 2012 (novo Código Penal)*. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal).

BETIOLI, Antônio Bento. *Bioética, a ética da vida*, 2ª Ed., São Paulo: Editora LTr, 2015.

BONTEMPO, Tiago Vieira. Resolução n. 1.805/2006 do conselho federal de medicina: efetivação do direito de morrer com dignidade. *Revista Ambito Jurídico*. 2011. Disponível em:

http://ambitojuridico.com.br/site/index.php/Paulo%20Leandro%20Maia?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9646&revista_caderno=4. Acesso em 05 de janeiro de 2017.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. *Revista Migalhas*. 2005. Texto disponível em: <http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI11097,71043Eutanasia+ortotanasia+e+distanasi+a+breves+consideracoes+a+a+partir+do>. Acesso em 09 de janeiro de 2017.

CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. *Lei 8.078 de 11/09/90*. Brasília, Diário Oficial da União, 1990.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / *Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina*, 2010. 70p., ISBN 978-85-87077-14-1.

CRUZ, Maria Luiza Monteiro da; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. A licitude da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. *Revista de Bioética*. 2013; v. 21, n. 3, p. 405-411.

DINIZ, Maria Helena Diniz. *O estado atual do Biodireito*. 3ª Edição, São Paulo: Ed. Saraiva, 2006.

FERRERIA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 3ª Ed., Curitiba: Positiva, 2004, p. 847, 1ª coluna.

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

GOLDIM, José Roberto. *Eutanásia*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). 2011. Disponível em: <http://periodicos.unifev.edu.br/index.php/LinhasJuridicas/article/viewFile/50/44>. Acesso em 09 de janeiro de 2017.

GOMES, Luiz Flávio. Ortotanásia: morte digna. 2011. *Instituto Avante Brasil*. Acesso em 07 de janeiro de 2017. Disponível em: <http://institutoavantebrasil.com.br/ortotanasia-morte-digna/>.

GONÇALVES, Ferraz. Nascer e Crescer. *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*. v. XVII, n. 4, 2007, p. 245 a 248.

JUNGES, José Roque; CREMONESE, Cleber. OLIVEIRA, Edilson Almeida de; SOUZA, Leonardo Lemos de; & BACKES, Vanessa. *Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia*. *Revista Bioética* 2010; v.18, n. 2, p. 275 – 288.

KANT, Immanuel. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Tradução de Paulo Quintela - Lisboa: Edições 70, 2007.

Lei Estadual nº. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>. Acesso em 07 de janeiro de 2017.

Lei Nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434.htm. Acesso em 09 de janeiro de 2017.

MARINHO, Juliana Mayara de Oliveira. O direito de morrer dignamente. *Trabalho de Conclusão de Curso*. Faculdade de Direito. Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC). Barbacena, 2011

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Sentença do Processo Nº: 2007.34.00.014809-3. Seção Judiciária do Distrito Federal. Disponível em: <http://s.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>. Acesso em 09 de janeiro de 2017.

MURPHY, J. G. Rationality and the fear of death. Em: FISCHER J.M., Ed. *The metaphysics of death*. Stanford, Califórnia: Stanford University Press: 1993, p. 43-48.

NAMBA, Edison Tetsuzo. *Manual de Bioética e Biodireito*. 2ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2015, 248p.

NOVELINO, Marcelo. *Manual de Direito Constitucional*. 9ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Forense; São Paulo: Método, 1127p, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948.

PESSINI, Leo. *Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira*. *Revista Bioética*, março de 2005, p. 39-60.

PIGNATARI, Nínive Daniela Guimarães; CORRÊA, Bárbara; LOPES, Naima. Ortotonásia: direito a morte digna. *Revista Linhas Jurídicas* (UNIFEV), v. 3, n.3, p. 116-129, novembro de 2011.

Resolução nº 1.805/2006, de 28 de novembro de 2006. *Conselho Federal de Medicina (CFM)*. Regra as práticas médicas em enfermidades graves e incuráveis.

Resolução nº1995/2012, de 31 de agosto de 2012. *Conselho Federal de Medicina (CFM)*. Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade dos pacientes.

Resolução nº 2.156/2016, de 17 de dezembro de 2016. *Conselho Federal de Medicina (CFM)*. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. *Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido*, 2ª Ed., Belo Horizonte: Editora Del Rey, 2005.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite dos. *Conceito médico-forense de morte*. Revista da Faculdade de Direito (USP). São Paulo: Editora USP, v. 92, p. 341-380, jan. 1997. ISSN 2318-8235. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67369>>. Acesso em: 02 jan. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2318-8235.v92i0p341-380>.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite dos. Contornos atuais da eutanásia e da ortotanásia: bioética e biodireito. A necessidade do controle social das técnicas médicas. *Revistas USP*. 1999. Acesso em 09 de janeiro de 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/viewFile/67442/70052>.

SZTAJN, Rachel. Terminalidade da vida: a ortotanásia e a constitucionalidade da res. CFM 1.805/2006. *Revista de Direito Constitucional e Internacional*, São Paulo, v.17, n.66, p.245-257, jan. 2009.

VILLAS-BÔAS. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. *Revista Bioética*, 2008, v. 16, n. 1, p.61-83.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB): report on WHO Consultation*. Geneva: WHO, 1998.

ZAGANELLI, Margareth Vetis; SOUZA, Carlos Henrique Medeiros; CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat; SANCHES, Letícia Carvalho. Eutanásia social: “morte miserável” e a judicialização da saúde. *Revista Derecho y Cambio Social*. 2016, ISSN: 2224-4131. Disponível em: www.derechoycambiosocial.com. Acesso em 04 de janeiro de 2017.