

ATO DE ÚLTIMA VONTADE: ADOÇÃO DA ORTOTANÁSIA

Cristiane de Souza MAGNANI¹

Maristela Silva Fagundes Ribas

Daniel Markowicz

Marlon Cordeiro

RESUMO

O presente artigo pretendeu expor a questão da ortotanásia como ato de última vontade, avaliando a sua adequação ao ordenamento jurídico brasileiro, tendo como objeto de estudo o paciente em estado terminal. O estudo fundamentou-se nos princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade. Primeiramente, foram trazidos os fundamentos da ortotanásia, com o propósito de demonstrar o tratamento do instituto no ordenamento jurídico brasileiro. Em seguida, foi esboçado um breve estudo sobre decisões envolvendo a prática da ortotanásia no Brasil, com a finalidade de verificar as demandas judiciais em trâmite e observar o posicionamento dos tribunais no país. Utilizaram-se sites institucionais dos Tribunais Estaduais, em busca de decisões referentes à prática da ortotanásia, com a utilização do método analítico. Para isso, a pesquisa deu-se de forma quali-quantitativa, exploratória e descritiva, realizada por meio do método analítico e dedutivo e de procedimentos técnico-bibliográfico e documental. As discussões permearam-se com análise documental e jurisprudencial, casos reais e revisão de literatura. A pesquisa abrangeu os Tribunais Estaduais brasileiros, em que foram encontrados julgados relevantes a respeito do tema “ortotanásia” e “testamento vital”. Como resultado, verificou-se, a partir da análise jurisprudencial, haver a necessidade de legislação específica para amparar, com respaldo jurídico, tanto pacientes em estado terminal e familiares, como profissionais de saúde e hospitais, a fim de se evitar um processo criminal e/ou administrativo, perante o órgão de classe e, ainda, a responsabilização civil, com pretensões patrimoniais indenizatórias.

Palavras-chave: Ortotanásia. Dignidade da pessoa humana. Autonomia da vontade. Direito à morte digna.

¹ Discente do 10º período do curso de Direito do Centro Universitário Santa Cruz – UNISANTACRUZ – de Curitiba/PR. crismagnani2008@gmail.com. Docente dos Cursos de Letras e de Pedagogia do Centro Universitário Santa Cruz – UNISANTACRUZ. crismagnani2008@gmail.com. Artigo protocolado no dia 23/05/2022, como Trabalho de Conclusão de Curso para o Curso de Direito do Centro Universitário Santa Cruz – UNISANTACRUZ – de Curitiba/PR.

1 INTRODUÇÃO

A finitude da vida, destino que iguala todos, ainda é um mistério para o ser humano, por este não compreender a essência do processo de sua existência. Ao mesmo tempo em que se levantam discussões e reflexões sobre os cuidados no final de vida, surgem anseios gerados pelo desafio de driblar a morte e prolongar a sobrevivência. Isso se deve aos avanços da medicina e da biotecnologia, o que tem contribuído para que a população tenha maior longevidade.

Desse modo, o sujeito em plena sanidade mental e ciente de sua condição clínica deve ter a sua vontade considerada e o direito de escolher se quer ou não permanecer em uma situação que, muitas vezes, lhe traz desconforto, sofrimento e angústia, afetando-o moralmente.

Frente à temática apresentada, surge a seguinte questão: o ato do paciente terminal que declara a recusa em ser mantido vivo artificialmente é juridicamente válido?

Como hipótese para tal questionamento, entende-se que garantir uma morte digna a pacientes em estado terminal deve ser um assunto tratado com mais atenção, devendo ser constatado, por meio de relatórios médicos, que não há chances de sobrevivência e que o prolongamento da vida só traria sofrimentos.

Justifica-se, desse modo, a presente pesquisa, pois sabe-se que todo indivíduo tem direito à vida e à morte digna, o que está previsto dentro dos direitos fundamentais regidos e amparados por leis nacionais e internacionais. Para que o indivíduo desenvolva todas as suas potencialidades, é preciso que lhe seja assegurado o princípio da dignidade da pessoa humana.

O artigo 5º da Constituição Federal de 1988 consagrou o direito à vida como um direito social abrangido a todos os brasileiros e estrangeiros, afirmando que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.” (BRASIL, 1988)

Sendo assim, o presente trabalho pretende, como objetivo geral, compreender a juridicidade do ato de última vontade do paciente em estado terminal, declarado irreversível, que não deseja ser mantido vivo artificialmente, apontando para a seguinte problemática: a Constituição Federal brasileira, lei

máxima do Estado Brasileiro, prevê que o indivíduo tenha uma morte com dignidade, o que se contrapõe à ideia de se prolongar a vida a qualquer preço.

O estudo apresenta, inicialmente, as tratativas da ortotanásia no ordenamento jurídico brasileiro, a partir do estudo dos princípios constitucionais da inviolabilidade do direito à vida e da dignidade da pessoa humana, bem como do Código de Ética Médica. A legislação brasileira não contempla com uma norma específica o instituto da ortotanásia e, embora exista a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.217/2018, os profissionais de saúde não possuem segurança jurídica, ficando à mercê de uma eventual resposta jurisdicional a ser verificada e compreendida.

Em seguida, será feita uma análise jurisprudencial, para um entendimento sistemático, a fim de se demonstrar comprovações de garantias legais que proporcionem o direito do paciente em estado terminal a uma morte digna. Essa análise dar-se-á a partir de casos concretos de indivíduos que conseguiram na Justiça o direito de optarem por não serem mantidos vivos artificialmente.

O presente artigo fundar-se-á na pesquisa bibliográfica documental reflexiva, por meio de livros, artigos, teses, materiais científicos e legislações, utilizando fontes, não apenas do direito, mas também interdisciplinares das áreas do conhecimento relevantes ao estudo da ortotanásia, como ética, bioética, sociologia, filosofia etc.

A partir do método de pesquisa analítico, serão utilizados sites institucionais dos Tribunais Estaduais, para se buscar decisões acerca da ortotanásia, a fim de se verificar se este instituto foi objeto de análise e decisão judicial.

Utilizar-se-á, também o método dedutivo, partindo do pressuposto da inviolabilidade do direito constitucional à vida, submetendo-o aos critérios de autonomia individual e dignidade da pessoa humana, com base na doutrina, legislação, jurisprudência e artigos científicos.

A seguir, será apresentado o instituto ortotanásia, demonstrando-se as tratativas desse ato no ordenamento jurídico brasileiro.

2 A ADOÇÃO DA ORTOTANÁSIA NO SISTEMA JURÍDICO BRASILEIRO

O direito de matar ou morrer sempre esteve presente nas inúmeras culturas do mundo, em diferentes épocas, desde o início dos tempos. Contudo, mesmo em se tratando de fato certo, a morte natural ainda é um assunto que tende a ser evitado por muitas pessoas nas sociedades ocidentais. Hodiernamente, a morte está frequentemente associada à ideia de dor e sofrimento para as pessoas, de um modo geral, e ao fracasso, para os profissionais da área da saúde.

Morrer é algo tão previsível quanto nascer, e a vida tem um prolongamento que ocorre, naturalmente, até a sua finitude. No entanto, os avanços nos tratamentos de doenças graves e nas técnicas cirúrgicas, produzidos pela evolução biotecnológica, ocorrida na segunda metade do século XX, aumentaram a expectativa de vida das pessoas. Muitos pacientes com enfermidades consideradas incuráveis no passado possuem, hoje, bom prognóstico de recuperação. Nessa reflexão, cria-se o dogma do dever de sempre buscar a cura do paciente, ao mesmo tempo em que surge um impasse a respeito da legitimidade de mantê-lo vivo, artificialmente, em situações de sofrimento, tanto físico, como psicológico.

Em meio a esse cenário, surgem questionamentos e inquietações a respeito desses benefícios, levantando-se discussões humanitárias, constitucionais, e mesmo éticas, sobre o direito desses pacientes e/ou da família de decidir pela continuidade ou não de procedimentos que prolonguem a vida a qualquer preço. Segundo França (2014, p. 504):

O cenário da morte e a situação de paciente terminal são as condições que ensejam maiores conflitos neste contexto, levando em conta os princípios, às vezes antagônicos, da preservação da vida e do alívio do sofrimento.

Surge, à luz do ordenamento jurídico brasileiro, um debate sensível sobre até que ponto se deve prolongar uma vida, e como os médicos devem lidar com essa questão, pois, muitas vezes, esses profissionais estão diante de um indivíduo sem esperanças de recuperação.

Ademais, a partir do momento em que se entende que a morte faz parte do transcurso natural da vida, permite-se aos pacientes com doenças incuráveis e em fase terminal enfrentá-la com serenidade, ao se estabelecer a distinção entre manter

a pessoa viva, sob cuidados e procedimentos adequados e necessários, e deixá-la morrer.

Na ortotanásia (*orto*: correto, *thánatos*: morte), respeita-se o processo de morrer, sem adiantar, nem prolongar o sofrimento do paciente. Dito de outro modo, é o direito de recusar tratamentos extraordinários que prolonguem a vida sem qualidade, ou seja, a morte no tempo em que tem que acontecer, respeitando-se o curso natural da enfermidade e tomando-se o cuidado para que isso aconteça de maneira tranquila e serena, assistindo o paciente, sem sofrimento para ele ou seus familiares. Trata-se de proporcionar maior qualidade de vida para os momentos finais, quando o organismo efetivamente alcançou um grau de deterioração incontornável. (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 63)

Sendo assim, a prática da ortotanásia evitaria o sofrimento prolongado e desnecessário, provocado pelo excesso de recursos e medicamentos que não reverteriam o quadro de um paciente em uma doença em fase terminal, com o processo de morte em curso.

No sentido oposto, existe a distanásia (*dis*: disfuncional, *thánatos*: morte), prática em que fenômenos médicos estão atrelados a tratamentos sem eficácia para o adiamento da morte a qualquer preço. De acordo com Diniz (2001, p. 535), "trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte."

Diferentemente da distanásia, a ortotanásia é a morte em seu processo natural e inevitável, em que o paciente em fase terminal recebe os procedimentos e medicamentos necessários para eliminar ou diminuir todo o sofrimento causado pela doença incurável, respeitando-se o direito da pessoa de morrer com dignidade, amparada por cuidados paliativos.

A eutanásia (*eu*: boa, *thánatos*: morte)², por sua vez, consiste na privação da vida de um indivíduo, sendo motivada por razões humanitárias ou piedosas, por meio de uma ação ou omissão, com ou sem o seu consentimento. É um procedimento utilizado para abreviar o transcurso natural da vida, por meio de uma intervenção com prescrição de medicamentos, de modo que cesse o sofrimento, provocando a morte do paciente terminal, de forma mais rápida.

² GALVÃO BFR. Vocabulário etymológico, orthographico e prosodico das palavras portuguesas derivadas da língua grega. Livraria Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1909.

Em relação às tratativas do Direito Penal brasileiro a respeito da eutanásia, não há um tipo específico que mencione essa prática, sendo ainda classificada como um tipo de homicídio. O que se tem é uma menção ao ato, ao serem apresentados os motivos para a diminuição da pena no art. 121, §1º, do Código Penal brasileiro: “Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço”. (BRASIL, 1940). A eutanásia encaixar-se-ia na hipótese de relevante valor moral, nesse caso, a piedade. Assim, se a pessoa estiver com forte sofrimento, doença incurável ou em estado terminal, a conduta do agente pode ser classificada como homicídio privilegiado, em que se aplica a diminuição de pena.

Mesmo a Igreja Católica repudiando a eutanásia e a distanásia, mostrou-se favorável à ortotanásia, ao promulgar a Encíclica *Evangelium Vitae*³, de João Paulo II:

Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado “excesso terapêutico”, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem, contudo, interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes.

O Projeto de Lei do Senado nº 236, de 2012, que reforma o Código Penal brasileiro, prevê a ortotanásia como forma de exclusão de ilicitude, conferindo o caráter de legalidade à prática ortotanásica, ou seja, não se trataria de um ilícito penal, pois o processo de morte já teria iniciado o seu curso irrevogável:

Art. 122. § 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.⁴

³ CARTA Encíclica *Evangelium Vitae* do Sumo Pontífice, João Paulo II. Disponível na íntegra em: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html. Acesso em: 12 nov. 2021.

⁴ BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado n. 236 de 2012. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>. Acesso em 20 set. 2021.

É importante ressaltar que, para que o médico realize o ato da ortotanásia, necessita-se que sejam preenchidas três condições: irreversibilidade da doença, assim constatada por dois médicos diferentes dos que estejam tratando o doente; a futilidade terapêutica; e o consentimento do paciente ou de seus representantes.

Isto posto, entende-se que a ortotanásia não está tipificada no Código Penal, pois não causa a morte do paciente, uma vez que a morte já está em curso, faltando-lhe elemento subjetivo para o preenchimento do conceito tripartido do Direito Penal, baseado no crime como “a ação típica, antijurídica e culpável”⁵. O projeto do Novo Código Penal tem o propósito de tornar a prática da ortotanásia legalmente válida, considerando-se que a Constituição Federal brasileira garante uma morte digna ao indivíduo.

2.1 O DIREITO DO PACIENTE EM ESTADO TERMINAL

Viver é tão importante quanto morrer e, para amenizar a dor de quem parte, há que se encarar a finitude da vida. A sociedade pré-moderna já definia seus parâmetros culturais para a morte. Segundo Pessini e Barchifontaine (2007, p. 400):

Morrer bem significava morrer na própria cama, em casa, rodeado pelos familiares e amigos, tendo se confessado, recebido comunhão e colocado em ordem seus negócios enquanto vivo ou por testamento. O médico, o advogado, o padre eram os profissionais que presidiam, ou ao menos, assessoravam os ritos de adeus.

Na atualidade, existe uma maneira especial para o acompanhamento de pacientes portadores de doenças terminais e incuráveis, para alívio do sofrimento, inclusive dos familiares. São os cuidados paliativos, que envolvem questões éticas de bem-estar e de dignidade da pessoa humana.

O termo “paliativo” vem do latim *paliium*, que significa “manto” ou “proteção”. Faz referência ao manto utilizado pelos antigos viajantes para se protegerem das mudanças climáticas. Para Pessini e Barchifontaine (2007, p. 361), “esta etimologia aponta para a essência dos cuidados paliativos: aliviar os efeitos das doenças incuráveis, ou prover um manto para aqueles que passam frio, pois estes não podem mais ser ajudados pela medicina curativa.”

⁵ BITENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de Direito Penal – Parte Geral, v.1. 17ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

A ideia dos cuidados paliativos, que surgiu para o desenvolvimento de técnicas de quem estava morrendo, surgiu na década de 1960. Os tratamentos iniciais se deram para cuidar das pessoas que estavam morrendo, expandindo-se para pacientes com doenças terminais incuráveis e, enfim, tratar as pessoas com doenças que ameacem a vida.

De acordo com Moritz *et al.* (2010, p. 26), na década de 90 do século XX, a abordagem dos cuidados paliativos direcionava-se apenas ao tratamento a ser prestado no final da vida. No entanto, desde 2002, a Organização Mundial da Saúde⁶, redefiniu o conceito de cuidados paliativos, como uma abordagem para cuidar do sofrimento de um paciente com uma moléstia que ameace a continuidade da vida, proporcionando-lhe cuidados curativos e paliativos, de forma integral, sendo a intensidade individualizada de acordo com as necessidades e os desejos dos pacientes e de seus familiares. Há, portanto, uma preocupação, não apenas com a parte física, com a doença em si, mas também com a psicológica, emocional, espiritual e social, e o trabalho é realizado por uma equipe de vários profissionais que cuidará do paciente em sua máxima essência: equipe clínica e de enfermagem, profissionais de reabilitação, fisioterapeutas, musicoterapeutas, fonoterapeutas, psicólogos, que também cuidam dos familiares, nutricionistas, assistentes sociais etc.

A técnica dos cuidados paliativos, segundo Moritz *et al.* (2010, p. 26) é capaz de melhorar sintomas e, até mesmo, em certos casos, prolongar o tempo de vida com qualidade. A doença evolui independentemente dos tratamentos, porém, graças ao desenvolvimento da biotecnologia, com terapias e medicações que aliviam o desconforto causado pela enfermidade, o paciente estará amparado nos momentos em que os sintomas forem surgindo, tanto físicos, como psicológicos.

Destarte, os cuidados paliativos procuram humanizar o tratamento, também, na finalização do curso da vida.

2.2 GARANTIAS CONSTITUCIONAIS DO INDIVÍDUO

A delimitação das fronteiras entre vida e morte envolve questões culturais, religiosas e políticas, dependendo das crenças compartilhadas em cada grupo

⁶ CUIDADOS paliativos. PAHO, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>. Acesso em: 20 out. 2021.

social. A partir do século XVIII, a concepção de vida e morte passou da esfera religiosa para a científica, e foi na segunda metade do século XX, com o desenvolvimento das tecnologias direcionadas à medicina, como a criação de máquinas de manutenção da vida artificialmente e métodos de reprodução assistida, que surgiram novas concepções de vida e morte.

Para a ciência, o início da vida dá-se a partir da fecundação, quando se forma a identidade genética, que provém da herança materna e paterna, e o seu material genético é capaz de se desenvolver. Surge, então, um ser vivo da união de um óvulo e um espermatozoide. A vida intrauterina é protegida nos crimes de aborto, nos arts. 124 a 128 do Código Penal. Já a vida extrauterina é protegida nos crimes de homicídio, infanticídio e induzimento ao suicídio, relacionados nos arts. 121 a 123 do mesmo código.

A vida é um direito fundamental e intangível, previsto na Constituição Federal brasileira, no art.1º, III, e corroborado pelo art. 5º, *caput*, II e III, ao preconizar o direito à vida, à liberdade, à autonomia da vontade, desautorizando tratamento desumano ou degradante. É considerado um direito no sentido material, ou seja, indisponível para o desenvolvimento do ser humano. Ademais, esse bem jurídico é protegido em diversos Tratados e Convenções Internacionais e tutelado pela legislação civil e penal.

Outrossim, o direito à vida não é absoluto, pois a própria Constituição Federal brasileira autoriza, excepcionalmente, a pena de morte, como disposto no art. 5º, XLVII. Além disso, o Código Penal admite o homicídio em estado de necessidade (art. 24), em legítima defesa (art. 25) e, ainda, a realização do aborto em situações determinadas (art. 128, I e II).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução nº 2.173/2017⁷, que substituiu a antiga Resolução nº 1.480/1997, elaborou os critérios para a morte encefálica, caracterizada pelo coma não perceptivo, ausência de reatividade supra espinhal e apneia persistente. Basicamente, a morte encefálica é a perda total e irreversível de todas as funções cerebrais, cessando as atividades corticais e do tronco encefálico.

⁷ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM no 2.173/2017, de 15 de dezembro de 2017. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2017. Disponível em: [emhttps://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173](https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173). Acesso em: 03 dez. 2021.

E, ainda, o Congresso Nacional aprovou a doação presumida de órgãos, por meio da Lei dos Transplantes (Lei nº 9434/97). O conceito de morte, antes da Lei, estava relacionado à parada dos batimentos cardíacos e da respiração, de maneira que o indivíduo não fosse mais capaz de manter as funções vitais, naturalmente.

Isto posto, sob o prisma jurídico, constata-se a morte a partir da cessação das funções cerebrais (morte encefálica), ou seja, de todos os fenômenos vitais, definitivamente. Antes disso, o paciente encontra-se em processo de morrer, de desmantelamento progressivo do organismo, razão pela qual se deve assegurar sua dignidade até a sua finitude.

A morte piedosa e por compaixão diante de um sofrimento incessante tornou-se um assunto de grande relevância na sociedade atual, ao mesmo tempo em que surgem diversos tratamentos para o prolongamento da vida humana, o que, muitas vezes, apenas retarda o processo da morte a duras penas e sofrimento do paciente, da família e dispendiosos tratamentos de saúde.

Consequentemente, surgem dilemas éticos para o conceito de fim da existência humana. Há duas correntes que norteiam a questão do prolongamento da vida. A primeira defende que a vida deve ser prolongada a todo custo, enquanto a segunda defende que a vida só deve ser prolongada se houver uma vida digna.

De mais a mais, o Código Civil de 2002, nos arts. 11 e 15, os quais tratam do direito da personalidade, ampara essa reflexão, a julgar pelos referidos dispositivos, que vetam a subjugação do paciente a tratamento ou intervenção médica em situação de risco de vida, sendo esse um direito irrenunciável.

A dignidade da pessoa humana é uma forma de leitura dos demais direitos, dentre eles, o direito à vida. Alguém poderia colocar em risco a vida para garantir um outro direito, por exemplo, ao tentar proteger seu patrimônio. É importante essa reflexão ao se falar sobre finitude, pois não se deve obrigar uma pessoa a se submeter a um tratamento contra a sua vontade ou que não seja garantia de devolver uma vida plena. Assim, é reconhecido o direito à vida digna e, também, à autonomia da pessoa.

Ademais, o prolongamento da vida nem sempre é sinônimo de vida digna. Em vista disso, caso uma pessoa se recuse a passar por um tratamento de saúde ou tomar um medicamento indicado por um médico, terá direito de recusar o tratamento. Por exemplo, um paciente com câncer em estado terminal poderá escolher não se submeter a um procedimento de quimioterapia, indicado pelo seu

médico, por preferir não passar pelos efeitos colaterais provindos do tratamento, mesmo que isso signifique menos anos de vida.

Um caso emblemático no Brasil foi o da Doutora em Educação pela Universidade de São Paulo (USP), Ana Beatriz Cerisara, uma gaúcha de 60 anos, que, após ser internada em uma Unidade de Terapia Intensiva, por um longo período de tempo, tomou a decisão de enfrentar um câncer agressivo, sem tratamento. “Assim como a gente gesta o nascimento, eu estou gestando a minha morte. Estou deslizando nesse processo de soltando a vida do meu corpo e indo embora.”⁸ Ana Beatriz faleceu em casa, no dia 29 de março de 2018.

Há que se lembrar que nesse caso a paciente estava ciente de sua decisão, diferentemente de um paciente em estado vegetativo, em coma, por exemplo, quando não há a possibilidade de a pessoa manifestar a sua vontade. Existem muitas discussões em relação à suspensão do tratamento médico em pacientes em estado vegetativo. Em pacientes com morte cerebral, constatado o dano irreversível, por uma equipe de médicos diferente da que está tratando o paciente, é permitido o desligamento dos aparelhos que mantêm um indivíduo, ainda, com os demais órgãos em funcionamento.

Entende-se, desse modo, que a dignidade da pessoa humana deve ser observada, também, ao término de sua vida, pois não existe hierarquia entre os bens jurídicos vida e autonomia, ambos tutelados constitucionalmente.

Logo, a Constituição Federal brasileira assegura o direito à morte digna, a partir da dignidade da pessoa humana, direito relacionado com outros princípios estabelecidos. Entretanto, violados os direitos e garantias fundamentais, viola-se, conseqüentemente, sua autonomia, ao se submeter um paciente a tratamentos inúteis e desumanos, pois qualidade de vida implica bem-estar físico, social, psicológico e econômico.

2.3 O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) E O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA (RESOLUÇÃO nº 1.805/2006; RESOLUÇÃO nº 1.931/2009; RESOLUÇÃO nº 1.995/2012; RESOLUÇÃO nº 2.217/2018)

⁸ CERISARA, Ana Beatriz. Estou pronta para morrer. VEJA. Youtube. 17 de dezembro de 2017. 11min37s. Disponível em: <https://www.facebook.com/Veja/videos/10155648927620617/>. Acesso em: 20 out. 2021.

A deontologia, ou ética profissional, é a ciência utilizada em diversas áreas profissionais que determina o que pode ser feito para se evitar ações incorretas ou injustas. Cada profissional deve seguir o código de conduta específico de sua profissão, englobando a ética e a moral na sua prática. (SILVA, 2020, online)

Devido à falta de regulamentação específica sobre a ortotanásia no ordenamento jurídico brasileiro, o Conselho Federal de Medicina (CFM), agência reguladora com abrangência nacional, aprovou a Resolução nº 1.805/2006, a qual dá a possibilidade de o médico interromper ou limitar tratamentos que prolonguem a vida de pacientes considerados em estado terminal e incurável:

Art. 1º. É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. § 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação. § 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário. § 3º É assegurado ao doente ou representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica. (RESOLUÇÃO CFM nº 1.805/2006)

A Resolução ressaltou a dignidade da pessoa humana, um dos princípios fundamentais da Constituição Federal brasileira, que estabelece no art. 5º, III, que “Ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento desumano ou degradante”, cabendo ao médico promover o bem-estar de todos os seus pacientes.

A função da medicina é olhar amplamente o paciente, e não apenas do aspecto do funcionamento de um corpo e órgãos, mas de um estado psíquico, emocional e espiritual. O simples fato de haver possibilidades de procedimentos que permitem manter um corpo funcionando por tempo prolongado não quer dizer que se deva fazê-lo a todo custo, por tempo indeterminado. O art. 2º da Resolução versa que:

O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social, espiritual, inclusive assegurando a ele o direito da alta hospitalar. (RESOLUÇÃO CFM nº 1.805/2006)

Após a publicação desse ato normativo, o Ministério Público (MP) ajuizou ação pública na Justiça Federal do Distrito Federal (Processo nº 2007.34.00.014809-3) contra o CFM, alegando a inconstitucionalidade da Resolução, por não ter

critérios definidos para a prática da ortotanásia e por contrariar o Código Penal em alguns dispositivos legais.

De acordo com o MP, o CFM não possuiria força normativa para afastar a aplicação do Código Penal, como no caso da conduta do médico ou outro profissional da saúde que deixe de prestar assistência a um doente, sendo caracterizada como omissão de socorro, com pena de detenção de um a seis meses, ou multa. (Art. 135 do Código Penal)

Por isso, o MP suspendeu a Resolução em 23 de outubro de 2007, por decisão liminar da Décima Quarta Vara Federal de Brasília, argumentando a respeito da indisponibilidade do direito à vida e da possibilidade da ortotanásia ser utilizada de forma indevida por familiares dos pacientes e por médicos.

Em resposta, o CFM contestou, alegando que a Resolução não autoriza a eutanásia, pois o médico ainda está obrigado a zelar pelo paciente, agindo ou deixando de agir, para evitar o sofrimento deste, sendo feito o desligamento dos aparelhos apenas quando for constatada a morte cerebral.

Nesse caso, afastar-se-ia a distanásia, ou seja, o prolongamento, sem necessidade, da vida, regulamentando a ortotanásia, e oferecendo aos pacientes graves e incuráveis, cuja enfermidade se encontre em fase terminal, um tratamento digno no momento final de sua vida, que aliviaria os sintomas e evitaria sofrimentos e a submissão à tortura e a tratamentos degradantes que contrariam os arts. 1º, III e 5º, III da Constituição Federal brasileira.

Reconhecendo a distinção entre eutanásia (morte provocada por terceiro, de paciente terminal, por compaixão), distanásia (prolongamento artificial do estado de degenerescência) e ortotanásia (morte no tempo certo, no momento adequado), o MP mudou seu entendimento, e a ação pública foi julgada improcedente, sendo mantida a validação da Resolução CFM nº 1.805/2006. Entendeu-se, assim, que a ortotanásia não violaria o ordenamento jurídico brasileiro, por se tratar de conduta atípica.

Em 13 de abril de 2010, entrou em vigor a Resolução CFM nº 1.931/2009, evidenciando o respeito à autonomia da vontade do paciente como uma de suas premissas fundamentais, ao tratar da relação médico-paciente. Como disposto no art. 24, é vedado ao médico “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.” (RESOLUÇÃO CFM nº 1.931/2009)

Essa resolução estabelece, também, a necessidade de o médico proporcionar cuidados paliativos aos pacientes em estado terminal irreversível, como disposto no Capítulo I, inciso XXII: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob a sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.” Isso significa que, em situações em que não há como se reverter o processo de morte, o médico deixará de prolongar o sofrimento do paciente, e isso não justificaria demandas judiciais por parte da família ou do poder público.

No dia 31 de agosto de 2012, foi aprovada pelo CFM a Resolução nº 1.995/2012, que dispõe, no art. 1º, sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), um gênero de documento em que o paciente apresenta suas vontades em relação a cuidados de saúde.

Recentemente, em 30 de abril de 2019, entrou em vigor o Novo Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), com atualizações em relação a limites, compromissos e direitos para profissionais e pacientes, evidenciando o respeito à autonomia da vontade do paciente na tomada de decisões quanto aos procedimentos diagnósticos terapêuticos. Há que se considerar, também, a vontade do paciente, disposto no Capítulo I, o qual elenca os princípios fundamentais:

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. (RESOLUÇÃO CFM nº 2017/2018)

Contudo, é preciso ressaltar que, “diante de dores intensas sofridas pelo paciente terminal, consideradas por este como intoleráveis e inúteis, o médico deve agir para amenizá-las, mesmo que a consequência venha a ser, indiretamente, a morte do paciente.” (VIEIRA, 1999, p. 90.)

Sendo assim, entende-se que o Código de Ética Médica é um meio de amparo aos médicos e instituições de saúde, porém é importante a criação de uma lei para dar segurança a todos os envolvidos no direcionamento das decisões que envolvam o processo de morrer e não haja a mecanização da vida e o prolongamento do sofrimento de pacientes terminais.

2.4 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV)

A Resolução CFM nº 1995/2012 é a forma vigente que menciona as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), embora não haja lei específica no ordenamento brasileiro. Nas palavras de Thompson (2015, p. 868 apud DADALTO, 2021, online):

Diretivas Antecipadas são instruções escritas que o paciente prepara para ajudar a guiar seu cuidado médico. São aplicadas a situações específicas, como uma doença terminal ou um dano irreversível. As DAV produzem efeito quando o médico determina que o paciente não é mais capaz de decidir acerca de seus cuidados médicos.

À vista disso, em situações em que os pacientes se encontrem inaptos a expressar livremente sua vontade, admitir-se-á o emprego das DAV, como disposto no art. 2º da Resolução CFM nº 1995/2012. Essas diretivas prevalecerão sobre os desejos dos familiares do paciente, e, na ausência das DAV, e não havendo representante legal ou em situações de falta de consenso entre os envolvidos, recorrer-se-á ao Comitê de Bioética do hospital ou ao Conselho Federal de Medicina.

Outrossim, as DAV permitem ao indivíduo dispor sobre diversos desejos, dentre eles a doação ou não de órgãos e tecidos, destinação do próprio corpo e até mesmo a designação de um representante para tomar as medidas necessárias para fazer valer a sua vontade.

De acordo com Dadalto (2021, online), as DAV devem ser pensadas nos casos de doenças graves, condições de saúde irreversíveis ou terminais. Existem seis espécies de DAV⁹:

a) testamento vital: utilizado em casos em que um paciente, quando acometido de doença ameaçadora de sua vida, se encontre impossibilitado de manifestar sua vontade de não ser submetido a tratamento ou procedimento;

b) mandato duradouro: utilizado para a nomeação de pessoa de confiança do paciente, para ser consultado pelo médico, para esclarecimentos a respeito do testamento vital;

c) ordens de não reanimação: deliberação de não submeter pacientes terminais, com perda irreversível de consciência, a tentativas de reanimação cardiopulmonar;

⁹ DADALTO, Luciana. Testamento Vital, 2021. Disponível em: <https://www.testamentovital.com.br/sobre> Acesso em: 24 out. 2021.

d) diretivas antecipadas psiquiátricas: utilizadas nas situações em que o paciente com uma doença psiquiátrica corra o risco de perder sua capacidade decisória;

e) diretivas para demência: utilizadas nas situações em que o paciente com demência corra o risco de perder sua capacidade decisória;

f) plano de parto: utilizado para que uma gestante decida a forma como deseja ser cuidada durante o trabalho de parto.

2.4.1 Testamento vital

Quando as vontades dizem respeito a situações de fim de vida, existe o documento chamado de testamento vital¹⁰, uma espécie dentro das DAV. Nas palavras de Dadalto (2021, online), “o testamento vital é um documento em que o paciente define os cuidados, tratamentos e procedimentos médicos que deseja, ou não, para si mesmo”, devendo ser utilizado para que o paciente registre, por meio de um documento em cartório, como deseja ser cuidado no final da sua vida. Isso tiraria o peso da decisão para os familiares e profissionais de saúde e garantiria que a vontade do paciente fosse respeitada em uma situação em que esse não mais tivesse consciência.

Dadalto (2021, online) ressalta que não há a necessidade de se contratar um advogado para a realização de um testamento vital. É possível que o indivíduo escreva as suas vontades em uma folha de papel, em casa, por exemplo, contudo isso não é recomendável, por esse ser um tema ainda complexo no Brasil. Além disso, as pessoas, de modo geral, não se sentem seguras sobre o que escrever a respeito dos procedimentos pelos quais elas desejam se submeter ou não. Sendo assim, a contratação de um advogado, segundo Dadalto, para a escrita e lavratura em cartório, diminuiria as chances de contestação, tanto pelo poder judiciário, quanto pela família. Recomenda-se, também, o auxílio técnico de um profissional de saúde especialista em cuidados paliativos para a escrita do testamento vital, sob o ponto de vista médico.

¹⁰ Idem, Ibidem.

Não existe lei específica que ampare o testamento vital no Brasil, sendo esse assunto regulado pelo CFM, por meio da Resolução nº 1.995/2012. A Constituição Federal brasileira não trata do tema de forma explícita e específica.

Essa Resolução representa, no entanto, uma garantia de vínculo entre médico e paciente. O Poder Judiciário reconheceu a validade constitucional da Resolução, porém carece de preparo para decidir sobre questões que envolvam o direito de morrer, pois o direito brasileiro ainda caminha vagarosamente, por diversas questões, dentre elas, éticas, religiosas, jurídicas etc.

Dessa maneira, havendo uma regulamentação a respeito da questão ético-profissional envolvida com a terminalidade da vida, entende-se que o paciente, por meio da posse de um documento legal, daria o seu consentimento ou a sua recusa para determinadas modalidades de tratamento, sendo-lhe garantida a sua autonomia, em especial aos que se encontram sem condições de expressar a sua vontade.

Compreende-se, dessa forma, a demanda de uma lei para segurança médica para se evitar problemas com a justiça, pois, muitas vezes, opta-se por agir de forma distanásica.

Faz-se necessário, assim, analisar o entendimento jurisprudencial dos tribunais nacionais sobre o tema em questão. A seguir serão analisadas decisões acerca das DAV e da ortotanásia, bem como ações declaratórias em que os pacientes deixaram expressa a sua vontade em relação a tratamentos clínicos em situações de terminalidade.

3 ANÁLISE JURISPRUDENCIAL ACERCA DA ORTOTANÁSIA

Embora ainda não haja lei específica para o amparo da ortotanásia no Brasil, observa-se que o Poder Judiciário vem-se posicionando sobre questões que dizem respeito à finalidade da vida e à autonomia do paciente. Assim, serão apresentados, a seguir, alguns julgados que legitimam o que foi disciplinado pelo CFM, para se fazer uma análise dos tribunais acerca do tema.

Para que o presente estudo se efetivasse, foram feitas pesquisas, entre os meses de fevereiro e maio de 2022, nos Tribunais de Justiça Estaduais, onde foram encontrados julgados relevantes a respeito do tema “ortotanásia” e “testamento

vital”. Selecionaram-se julgados das unidades federativas de São Paulo e Rio Grande do Sul.

Inicialmente, serão apresentadas decisões protocoladas pelos Tribunais de Justiça do Rio Grande de Sul, que reconheceram a autonomia da vontade do paciente em estado terminal, com quadro clínico irreversível, e que se recusavam a passar por intervenções e tratamentos clínicos.

Uma paciente do sexo feminino deu entrada no Hospital localizado no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Acompanhada de seu neto, apresentava quadro de descompensação secundária e insuficiência renal, pré-edema agudo de pulmão, necessitando, assim, da realização de hemodiálise, conforme indicação expressa dos médicos que a atenderam.

Em seguida, apresentou-se como responsável o filho da paciente, que negou a realização do procedimento, alegando cumprir o desejo de sua mãe. Diante do impasse, o hospital pleiteou ação cautelar de suprimento de vontade movida em face do filho e neto da paciente para que o procedimento de hemodiálise fosse realizado. A inicial foi indeferida, em sentença, por ilegitimidade ativa, pois se entendeu que o Hospital não pode se sobrepor à vontade dos familiares.

Sendo assim, a entidade hospitalar interpôs a Apelação Cível nº 70042509562, na Vigésima Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, contra os apelados, filho e neto da paciente, pleiteando autorização judicial para realizar o procedimento de hemodiálise, sob risco de morte da paciente.

O pedido foi negado, de forma unânime, alegando-se que o princípio da dignidade da pessoa humana se sobrepõe aos demais direitos, validando a “ortotanásia”, ou a morte no tempo certo, a fim de se evitar o sofrimento desnecessário da paciente, respeitando-se a sua autonomia ao decidir não se submeter ao tratamento de hemodiálise:

CONSTITUCIONAL. MANTENÇA ARTIFICIAL DE VIDA. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. PACIENTE, ATUALMENTE, SEM CONDIÇÕES DE MANIFESTAR SUA VONTADE. RESPEITO AO DESEJO ANTES MANIFESTADO. [...]. O desejo de ter a “morte no seu tempo certo”, evitados sofrimentos inúteis, não pode ser ignorado, notadamente em face de meros interesses econômicos atrelados a eventual responsabilidade indenizatória. No caso dos autos, a vontade da paciente em não se submeter à hemodiálise, de resultados altamente duvidosos, afora o sofrimento que impõe, traduzida na declaração do filho, há de ser respeitada, notadamente quando a ela se contrapõe a já referida preocupação patrimonial da entidade

hospitalar que, assim se colocando, não dispõe nem de legitimação, muito menos de interesse de agir. (TJ-RS - AC:70042509562 RS, Relator: Armínio José Lima da Rosa, Data de julgamento: 01/06/2011, Vigésima Primeira Câmara Cível, Data de Publicação: 22/06/2011).

De acordo com o Relator Desembargador Armínio José Lima da Rosa, não há justificativa para se prolongar um sofrimento desnecessário. Na época, estava em vigor a Resolução CFM nº 1805/2006, que trata da ortotanásia. A decisão pautou-se na autonomia da vontade da paciente.

Entende-se a preocupação da entidade de saúde pela opção por levar o caso à decisão judicial, pois a omissão poderia fazer com que a equipe médica e Hospital sofressem processos administrativos, ou mesmo penais, futuramente. Além disso, os profissionais de saúde, em toda a sua formação, foram capacitados para salvar vidas. O intuito da demanda é a precaução diante de uma possível responsabilização criminal e/ou administrativa, visto que a paciente internada optou pela recusa de tratamento, preferindo ser submetida apenas a cuidados paliativos.

A criação de uma lei específica evitaria essa demanda, pois definiria regras e procedimentos referentes aos cuidados básicos que os profissionais de saúde teriam em relação ao paciente em estado terminal.

Na ortotanásia, o bem jurídico “vida” não seria atingido por dolo, não se configurando como tipo penal, já que o propósito do ato é cessar o sofrimento do paciente em estado terminal, sem chance de cura ou reversão de seu quadro clínico. Vale lembrar que, caso a supressão da ventilação e alimentação de um paciente seja realizada enquanto este estiver vivo, trata-se de homicídio qualificado, sem chance de defesa da vítima.

No caso em questão, o filho fez valer a vontade da mãe de não passar por um sofrimento desnecessário. Entende-se que isso é algo pessoal, pois o sofrimento e a dor são individuais, há pessoas que têm o desejo de lutar até as últimas consequências para se manterem vivas, e muitas até servem de exemplo para que novos procedimentos sejam descobertos. Há que se ponderar, no entanto, questões bioéticas e jurídicas para se saber até que ponto isso tudo é viável.

Um caso famoso de luta pela vida é o do astrofísico Stephen Hawking, que, descobriu, aos 21 anos, ser portador de ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica), doença que afeta o sistema nervoso de forma degenerativa e progressiva, ocasionando paralisia irreversível. Pacientes com ELA sofrem perda gradual das capacidades motoras, bem como de outras, como falar, engolir e até mesmo respirar, resultando

em morte. Apesar da sua condição, contribuiu com seus estudos para pesquisas científicas a respeito do tempo, mesmo encontrando-se em uma cadeira de rodas e dependente de outras pessoas para que todas as suas necessidades básicas fossem supridas. A vida de Hawking é retratada no filme¹¹ “A teoria de Tudo”, lançado em 2015.

O segundo caso jurídico a ser analisado envolveu o paciente, bem como sua madrasta, que se recusavam a autorizar um procedimento cirúrgico de urgência. De acordo com os médicos, caso a cirurgia não fosse realizada, o paciente viria a óbito. O Hospital ajuizou pedido liminar para realização da cirurgia, todavia, foi indeferido pelo juízo a quo, juízo de primeira instância. O Hospital interpôs Recurso de Agravo de Instrumento, que tramitou perante a Vigésima Primeira Câmara Cível, do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul que, monocraticamente, negou seguimento ao recurso, porém, manifestou-se sobre o mérito:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO. DIREITO À SAÚDE. AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NEGATIVA DO PACIENTE. NECESSIDADE DE SER RESPEITADA A VONTADE DO PACIENTE. 1. O direito à vida previsto no artigo 5º da Constituição Federal não é absoluto, razão por que ninguém pode ser obrigado a se submeter a tratamento médico ou intervenção cirúrgica contra a sua vontade, não cabendo ao Poder Judiciário intervir contra esta decisão, mesmo para assegurar direito garantido constitucionalmente. 2. Ademais, considerando que “não se justifica prolongar um sofrimento desnecessário, em detrimento à qualidade de vida do ser humano”, o Conselho Federal de Medicina (CFM), publicou a Resolução nº 1.995/2012, ao efeito de dispor sobre as diretivas antecipadas de vontade do paciente, devendo sempre ser considerada a sua autonomia no contexto da relação médico-paciente. 3. Hipótese em que o paciente está lúcido, orientado e consciente, e mesmo após lhe ser explicado os riscos da não realização do procedimento cirúrgico, este se nega a realizar o procedimento, tendo a madrasta do paciente, a seu pedido, assinado termo de recusa de realização do procedimento em questão, embora sua esposa concorde com a indicação médica. 4. Por essas razões, deve ser respeitada a vontade consciente do paciente, assegurando-lhe o direito de modificar o seu posicionamento a qualquer tempo, sendo totalmente responsável pelas consequências que esta decisão pode lhe causar. NEGADO SEGUIMENTO AO RECURSO. (Agravo de Instrumento Nº 70065995078, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sergio Luiz Grassi Beck, julgado em 03/09/2015)

O Relator Desembargador Sergio Luiz Grassi Beck afirmou que o paciente tem o direito de decidir se deve ou não ser submetido a tratamento cirúrgico,

¹¹ OLIVEIRA, Mariana. A Teoria de Tudo: o real e a ficção na obra sobre Stephen Hawking. VEJA, 2017. Disponível em: https://veja.abril.com.br/coluna/e-tudo-historia/__trashed-22/. Acesso em: 03 mar. 2022.

estando ciente da gravidade do problema e em plenas faculdades mentais. Esse direito é garantido pela Constituição Federal brasileira, estando previsto em seu art. 5º, bem como na Resolução CFM nº 1.995/2012. Observa-se, também, a autonomia da vontade, prevista no art. 15º do Código Civil: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.” (BRASIL, 2002)

Discute-se, em bioética e em direito, atualmente, a questão da autonomia, que encontra limites no âmbito jurídico, na lei e na ordem pública, e no âmbito social, como os costumes que regem uma determinada sociedade. Um paciente terminal, com uma doença incurável e irreversível, encontrará muitas dificuldades para fazer valer o seu direito à autonomia e dificilmente poderá expressar a sua vontade livremente.

Entende-se, a partir das decisões acima apresentadas, que foi reconhecida a autonomia da vontade do paciente, em conformidade com o princípio da dignidade da pessoa humana. Foi reconhecida a manifestação de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) de forma verbal.

Em outro caso, na unidade federativa do Rio Grande do Sul, um paciente do sexo masculino, de 79 anos de idade, internado no Hospital localizado no município de Viamão/RS, encontrava-se em processo de necrose do pé esquerdo, resultante de uma lesão, o que se vinha agravando e causando anemia em face de emagrecimento progressivo. Havia a necessidade de amputação do pé esquerdo, sob risco de morte por infecção generalizada. No entanto, o idoso recusava-se a passar pelo procedimento cirúrgico, o que levou a equipe médica a ingressar com medida judicial, buscando auxílio do Ministério Público (MP) para suprimento de vontade e requisitar autorização judicial para que o membro fosse amputado.

O pedido foi negado em primeira instância, porém o MP recorreu ao Tribunal de Justiça. Após a decisão ter transitado em julgado, os desembargadores mantiveram a negativa, alegando que o Estado não deveria obrigar o paciente a realizar procedimento contra a sua vontade. Além disso, um laudo psicológico atestava a sanidade mental do idoso, garantindo-se, assim, o princípio da dignidade da pessoa humana:

APELAÇÃO CÍVEL. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. BIODIREITO. ORTOTANÁSIA. TESTAMENTO VITAL. 1. Se o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se nega à amputação, preferindo, conforme laudo

psicológico, morrer para "aliviar o sofrimento"; e, conforme laudo psiquiátrico, se encontra em pleno gozo das faculdades mentais, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida. 2. O caso se insere no denominado biodireito, na dimensão da ortotanásia, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural. 3. O direito à vida garantido no art. 5º, caput, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 1º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. A Constituição institui o direito à vida, não o dever à vida, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constrangida a tal. 4. Nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tem-se que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o denominado testamento vital, que figura na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina. 5. Apelação desprovida. (Apelação Cível Nº 70054988266, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Irineu Mariani, Julgado em 20/11/2013)

Considerou-se, também, a autonomia do paciente, com base na Resolução CFM nº 1995/2012. Além disso, o paciente possuía um testamento vital, feito em Cartório, para que lhe fosse assegurada uma morte natural e digna.

O paciente em questão tinha ciência de que iria morrer em pouco tempo e não estava disposto a passar pelo procedimento, que lhe traria enorme sofrimento. Para isso, ele utilizou as DAV, ou seja, manifestou-se de forma escrita, expressando o que ele pretendia que fosse feito na hipótese de se encontrar em um quadro clínico terminal e irreversível. As DAV podem ser modificadas ou anuladas a qualquer momento pelo paciente.

A pessoa pode decidir não ser ressuscitada ou entubada, por exemplo, dentre outros procedimentos. No caso em questão o paciente decidiu que não queria ter seu pé amputado, pois isso não lhe garantiria a cura de sua condição, além de lhe causar enorme sofrimento psicológico.

De acordo com Dadalto (2021, online), o objetivo do testamento vital é evitar que decisões sobre tratamentos e procedimentos de saúde fiquem ao encargo dos profissionais de saúde ou de familiares. “É a nossa voz para quando a gente perder a voz.” O testamento vital é o registro expresso do desejo do paciente maior de idade e lúcido a respeito dos tratamentos e intervenções pelos quais aceitará ou não se submeter quando estiver impossibilitado de manifestar-se conscientemente.

Os casos a seguir tratam-se de Ações Declaratórias, em que os autores visam ter reconhecidas as suas DAV por meio de sentença. É possível, assim, compreender a visão jurisprudencial a respeito do testamento vital.

O primeiro caso trata-se de procedimento de jurisdição voluntária ajuizado no Tribunal de Justiça de São Paulo, no Foro Central Cível, em 06 de dezembro de 2016. A autora pleiteou o reconhecimento judicial de seu testamento vital, aos 68 anos e em pleno gozo de suas faculdades mentais, visando assegurar-se de não ser submetida a tratamentos desnecessários, caso venha a se encontrar em estado clínico terminal irreversível e impossibilitada de manifestar sua vontade.

Na petição inicial, a autora tinha o “desejo de não se submeter a tratamentos médicos fúteis ou cruéis, a partir do fim da vida funcional cognitiva, desde que atestado por dois médicos, ainda que não especificados na inicial.”

A inicial foi indeferida sem Resolução de Mérito, pois a magistrada entendeu que não se mostra necessária a intervenção judicial para que tal declaração seja emitida, podendo a autora fazer a declaração de vontade diretamente ao médico, que deverá fazer o registro no prontuário do paciente, ou ainda, por vias extrajudiciais, ou seja, em cartório.

A autora apelou da sentença proferida e teve o seu recurso provido, pelo Tribunal de Justiça de São Paulo:

JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA – PEDIDO DE RECONHECIMENTO JUDICIAL DO DIREITO À ORTOTANÁSIA – EXTINÇÃO SEM JULGAMENTO DO MÉRITO – REMESSA À VIA EXTRAJUDICIAL OU ADMINISTRATIVA – NÃO CABIMENTO – GARANTIA CONSTITUCIONAL DE ACESSO À JUSTIÇA – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1084405-21.2015.8.26.0100; Relator (a): Giffoni Ferreira; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 14ª Vara Cível; Data do Julgamento: 14/03/2017; Data de Registro: 15/03/2017).

O relator do caso, o Desembargador Luiz Beethoven Giffoni Ferreira, fundamentou seu voto alegando que a Constituição Federal brasileira assegura a todos o acesso ao Poder Judiciário, entendendo ser a melhor solução para que a autora não corra o risco de ter a sua declaração de vontade impugnada futuramente.

Em contrapartida, em duas outras Ações Declaratórias, os autores tiveram seu recurso desprovido, sob o entendimento de não ser possível que a manifestação das DAV se desse por intervenção do Poder Judiciário.

Em uma delas, o autor pretendia “seu direito de opção pela ortotanásia, a fim de não receber tratamento médico fútil, que sirva exclusivamente para prolongamento de sua vida em caso de doença irreversível, bem como seu direito de cremação em caso de morte”, porém teve o seu processo extinto. Interposto recurso, o Relator Desembargador José Luiz Mônaco da Silva, fundamentou a falta de interesse de agir, nos termos do art. 485, VI, do Código de Processo Civil:

DECLARATÓRIA - Ação que objetiva a declaração do direito de opção pela ortotanásia e pela cremação após a morte - Extinção do processo - Ausência de interesse de agir - Inconformismo do autor - Desacolhimento - Aplicação do disposto no art. 252 do RITJSP - Pedido hipotético - Ausência de pretensão resistida - Pedido formulado pelo apelante que dispensa intervenção judicial, pois pode ser obtido por meio de "testamento vital" - Sentença mantida - Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1001378-30.2015.8.26.0363; Relator (a): J.L. Mônaco da Silva; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro de Mogi Mirim - 1ª Vara; Data do Julgamento: 31/01/2018; Data de Registro: 31/01/2018)

Nos mesmos moldes, outra ação ajuizada, visando a elaboração de DAV para estabelecer limites à atuação médica, com o intuito de evitar a prática da distanásia, foi extinta sem Resolução de Mérito, por falta de interesse de agir. Segundo a Relatora Desembargadora Mary Grün, do Tribunal de Justiça de São Paulo, a manifestação de vontade do autor pode ser expressada perante Cartório Extrajudicial, não havendo a necessidade de movimentar a máquina pública.

Entende-se, desse modo, ser válido, a partir de então, um testamento vital feito em cartório, por via extrajudicial, porém, a ausência de uma lei específica sobre a ortotanásia e as DAV traz insegurança jurídica para os profissionais de saúde e pacientes, que receiam não ter respeitada a sua vontade de não serem submetidos a tratamentos fúteis ao final da vida.

Em Portugal, o testamento vital pode ser incluído em um banco de dados¹², com duração de 5 anos, e consultado pelos médicos. Segundo dados de 2020 do Serviço Nacional de Saúde (SNS), mais de 29 mil portugueses possuem testamento vital. Lippmann (2015, online) afirma que o Brasil poderia adotar essa mesma normatização, o que traria segurança jurídica para o médico, em casos em que houvesse contestação da família ou do Poder Público que não correspondessem à vontade do paciente.

¹² RENTEV- Registo Nacional do Testamento Vital. SNS - Serviço Nacional de Saúde. 30 de junho de 2016. <https://www.spms.min-saude.pt/2016/06/rentev/>. Acesso em: 06/04/2022.

O ex-governador do Estado de São Paulo sancionou a Lei Estadual nº 10.241 de 1999, conhecida como Lei Mário Covas, que permite que pacientes em estado terminal e sem chances de recuperação, tenham o tratamento suspenso. Essa lei dá o direito ao paciente de recusar métodos terapêuticos e até mesmo escolher o local de sua morte, no hospital ou em casa.

De acordo com o art. 2º da citada lei, “São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: XXIII. recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida.” (SÃO PAULO, 1999)

O ex-governador faleceu em casa, dois anos depois de a lei ter sido sancionada, acometido por um câncer recorrente na bexiga, tendo-se recusado a passar por tratamentos dolorosos ou extraordinários para o prolongamento de sua vida. Ele passou os últimos dias de vida ao lado da família, recebendo cuidados paliativos.

Assim, também, em 2005, o fez o Papa João Paulo II, que optou por suspender as intervenções para sua sobrevivência e decidiu passar seus últimos dias em casa, no Palácio Apostólico, no Vaticano, recebendo medicações para o alívio da dor e sofrimento por artrite e pela doença de Mal de Parkinson. Segundo a Igreja Católica, a ortotanásia é um procedimento de natureza ética, não condenando os que optam pelo ato. (MUSTAFA, 2010, online). O caso do Papa mostra a aceitação da condição humana frente à morte.

Desse modo, uma Lei Federal viria a contribuir para encurtar esse caminho, sem a necessidade de se chegar às vias judiciais, pois, mesmo havendo essa Lei Estadual, nem todos têm ciência do que fazer ao se ver em uma situação de doença terminal, o que gera muitas incertezas, deixando por conta do indivíduo a busca por informações.

O caso envolvendo o idoso paulista, Nelson Golla¹³, acusado de matar a sua esposa, e tentar se matar, em uma atitude desesperada, com uma bomba caseira, em uma casa de repouso no Parque São Lucas, Zona Leste de São Paulo, em 28 de setembro de 2014, é um exemplo dessa carência. A história foi retratada no livro “O

¹³ CASARIN, Rodrigo. A impressionante história real do homem que explodiu a própria esposa por amor. UOL, 2017. Disponível em <https://paginacinco.blogosfera.uol.com.br/2017/05/25/a-impressionante-historia-real-do-homem-que-explodiu-a-propria-esposa-por-amor/?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 03 mar. 2022.

último abraço: uma história real sobre a eutanásia no Brasil”¹⁴. Não era de seu conhecimento outras maneiras de morrer com dignidade, optando por uma forma drástica de cessar o sofrimento de sua esposa, que se encontrava em uma clínica de recuperação, após sofrer um AVC recorrente, sendo alimentada por sonda e sem poder se comunicar ou se movimentar. Brandalise (2017, p. 112) afirma, em seu livro, que procurou, na época, Ayer de Oliveira, professor universitário de Bioética e autor de 13 artigos acadêmicos sobre o assunto, e lhe contou a história de Nelson Golla. Nas palavras do professor, “A quantidade de sofrimento que ele aguentou deverá ser considerada nos tribunais. É um caso dramático, que deve suscitar discussão nos Conselhos.” Infelizmente não houve tempo para essa discussão, pois o réu faleceu antes de ser marcado o julgamento, sendo extinta a punibilidade do acusado em razão de sua morte, em 20/08/2019.

Está em trâmite no Senado Federal o Projeto de Lei nº 149, de 2018, sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), que dispõe sobre tratamentos de saúde e “estabelece a possibilidade de toda pessoa maior e capaz declarar, antecipadamente, o seu interesse de se submeter ou não a tratamentos de saúde futuros, caso se encontre em fase terminal ou acometido de doença grave ou incurável.”¹⁵ Por enquanto, encontra-se parado, sendo assim, os operadores do direito não podem, ainda, pautar a sua conduta na tramitação desse projeto.

Deve-se ressaltar que, se um médico está tratando um paciente em estágio terminal, tem um remédio para dor e esse remédio pode reduzir o tempo de vida, mas o que se quer com a administração do remédio é aliviar a dor, ele pode prescrever o remédio, pois ninguém é obrigado a sentir dor. Esse ato é de ortotanásia, ou seja, o alívio do sofrimento. Porém, se a prescrição desse remédio for maior do que a necessária, provocando a morte do paciente, isso sim é eutanásia.

Por fim, sabe-se que a interpretação das normas jurídicas atuais permite a ortotanásia, no entanto uma Lei Federal proporcionaria mais segurança jurídica para esse profissional e para o paciente e sua família, pois estariam descritos na norma os procedimentos que deveriam ser realizados em cada situação específica.

¹⁴ BRANDALISE, Vitor Hugo. O último abraço: uma história real sobre eutanásia no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2017. e-book

¹⁵ BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado n. 149/2018. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>. Acesso em: 23 mar. 2022.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vida é um direito inviolável inato ao indivíduo, e não deve ser uma obrigação para a satisfação de outras pessoas. Deve ser colocada além do ponto de vista biológico, como o bem-estar psicológico, social, espiritual etc, ou seja, para que uma pessoa tenha qualidade de vida, é preciso considerar uma série de domínios, e não apenas as necessidades físicas. E isso, sem dúvida, é algo muito particular, o que parece confortável e não afeta uma pessoa pode ser insuportável para outra.

A morte faz parte do curso da vida, porém, ao longo dos tempos, o ser humano perdeu essa visão de morte como algo esperado. Na antiguidade, a morte era vista como algo natural para as civilizações, no entanto, a partir da idade moderna até a atualidade, passou-se a temer a finitude da vida, principalmente ao se pensar em alguém preso a máquinas em um leito de Unidade de Terapia Intensiva, por exemplo, sem ter a chance de se despedir de seus entes queridos. Enquanto nas civilizações antigas, o doente recebia as pessoas em casa e se preparava para a morte, inclusive decidindo como seria o ritual do seu enterro, hoje as pessoas, muitas vezes, evitam falar sobre o assunto. Poucas são as pessoas que se preocupam com as questões relacionadas à sua finitude, talvez pela forma com que a sociedade atual trata o envelhecimento e valoriza a beleza exterior.

Com os cuidados paliativos e uma abordagem multidisciplinar, que tem como objetivo reconhecer que uma doença não tem cura e o estado do paciente é irreversível, os profissionais que cuidam desse paciente não agirão para apressar a morte, mas sim dar todo suporte para que se diminua o sofrimento até a sua finitude, no tempo certo, como um processo natural. Esse suporte, tanto físico, como psicológico, e até mesmo espiritual, proporcionará ajuda aos pacientes, até a sua morte, e aos familiares, auxiliando-os a lidar com a perda de um ente querido e dando-lhes mais tranquilidade em um momento tão difícil.

A ortotanásia, tema central desse estudo, busca respeitar a dignidade humana de um paciente que opta por não se submeter a tratamentos evasivos e obstinados para uma doença terminal e irreversível. Está prevista no Código Federal de Medicina, porém é uma Resolução administrativa, não possuindo força de lei, ou seja, não é legalizada, dando apenas respaldo aos profissionais de saúde para o ato. Porém, de forma prática, o médico encontra dificuldades, pelo fato de não haver

segurança jurídica, podendo o profissional de saúde ser penalizado por ter realizado a ortotanásia. Surge, então, a necessidade de uma Lei Federal para que os médicos possam praticar a ortotanásia, sem correr o risco de terem suas decisões questionadas nas vias judiciais futuramente.

Por meio das DAV, a pessoa pode decidir quais procedimentos devem ou não ser feitos em caso de doença terminal irreversível, e, para isso, existe a espécie testamento vital. No entanto, não há regulamentação legal em relação ao testamento vital, sendo necessário que a pessoa se dirija a um cartório para registrar sua vontade, por meio desse documento público, e entregue a alguém de confiança, que passaria para o médico que estivesse tratando o paciente, a fim de que esse respeitasse a sua vontade.

Sem dúvida, os assuntos relacionados ao fim da vida devem ser amplamente discutidos com toda a população para que se desfaçam todos os mal-entendidos e se tirem todas as dúvidas, levando ao conhecimento de todos e todas as leis existentes, bem como os projetos de lei em trâmite, pois, até mesmo profissionais de saúde desconhecem as leis, projetos e resoluções que estão sendo debatidas nos Conselhos Federais de Medicina. São poucas as pessoas que têm conhecimento das DAV e das demais questões jurídicas envolvidas.

Lembrando-se que as DAV não são válidas apenas para as pessoas que têm uma doença incurável no fim da vida, mas para um momento em que a pessoa não seja capaz de tomar decisões. É um documento que deveria ser feito em um momento em que a pessoa estivesse bem, dizendo de que maneira ela deveria ser cuidada em uma determinada situação clínica, futuramente.

Sabe-se que a Constituição Federal brasileira assegura o direito à vida, trazendo como fundamentos a dignidade da pessoa humana e a autonomia da vontade, e devendo ser aplicados e interpretados pelo Código Penal brasileiro. Sendo assim, não haveria a necessidade de alteração na legislação, no entanto entende-se que a previsão da ortotanásia expressa em uma lei como fato lícito encerraria questões de permissão dessa prática e daria respaldo jurídico, tanto ao paciente e aos seus familiares, quanto aos profissionais de saúde e hospitais. Houve alguns avanços, como a Resolução CFM nº 1805/2006 e a Lei Estadual de São Paulo nº 10.241/99 (Lei Mário Covas), porém poucas pessoas têm conhecimento ou são informadas sobre essas normas, nem mesmo as instituições de saúde estão preparadas para instruir os pacientes e suas famílias a respeito dos seus direitos.

Conclui-se, com base no estudo apresentado, que é direito do ser humano morrer dignamente, de forma assistida e sem dor, tendo a sua vontade respeitada, pois qualidade de vida implica bem-estar físico, social, psicológico, espiritual e econômico. Para isso, faz-se necessária uma legislação que permita a esse indivíduo exercer a sua autonomia, diante de uma situação de dor e sofrimento não mais suportável, como ato de última vontade, dando-lhe um sentido nos últimos momentos de sua vida.

Sendo assim, as discussões não se encerram por aqui, pois uma sociedade em constante mudança científica e moral requer debates amplos sobre questões éticas, para que sejam estabelecidas normas que atendam às necessidades de todos os indivíduos pertencentes à sua época.

REFERÊNCIAS

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal – Parte Geral**, v.1. 17ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

BRANDALISE, Vitor Hugo. **O último abraço: uma história real sobre eutanásia no Brasil**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2017. **e-book**

BRASIL. **Código Civil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm Acesso em: 20 sep. 2021.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 sep. 2021.

_____. **Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm Acesso em: 15 set. 2021.

_____. Justiça Federal de Goiás. **Ação Civil Pública n. 2007.34.00.014809-3**. Disponível em: <http://s.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

_____. Ministério da Saúde e Proteção Social. **Resolução n. 12.116/2015**. Disponível em:

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1216_2015.htm Acesso em: 12 out. 2021.

_____. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado n. 149/2018**. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132773>. Acesso em: 23 mar. 2022.

_____. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado n. 236/2012**. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>. Acesso em 20 set. 2021.

_____. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível Nº 70042509562**, Vigésima Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Armínio José Abreu Lima da Rosa, Julgado em 01/06/2011. Disponível em: <https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/925099914/apelacao-civel-ac-70042509562-rs>. Acesso em: 13 fev. 2022.

_____. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação Cível Nº 70054988266**, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Irineu Mariani, Julgado em 20/11/2013. Disponível em: <https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/113430626/apelacao-civel-ac-70054988266-rs>. Acesso em: 13 fev. 2022.

_____. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Agravo de Instrumento Nº 70065995078**, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sergio Luiz Grassi Beck, Julgado em 03/09/2015. Disponível em: <https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/230669134/agravo-de-instrumento-ai-70065995078-rs>. Acesso em: 13 fev. 2022.

_____. Tribunal de Justiça do São Paulo. **Apelação Cível Nº 1084405-21.2015.8.26.0100**, 14ª Vara Cível da Comarca de São Paulo, SP. Relator: Giffoni Ferreira, Julgado em 14/03/2017. Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/438472673/apelacao-apl-10844052120158260100-sp-1084405-2120158260100/inteiro-teor-438472796>. Acesso em: 23 mar. 2022.

_____. Tribunal de Justiça do São Paulo. **Apelação Cível Nº 1001378-30.2015.8.26.0363**, 5ª Câmara de Direito Privado; Foro de Mogi Mirim - 1ª Vara. Relator: J.L. Mônaco da Silva, Julgado em 31/01/2018. Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/906673663/apelacao-civel-ac-10013783020158260363-sp-1001378-3020158260363/inteiro-teor-906673702>. Acesso em: 23 mar. 2022.

_____. Tribunal de Justiça do São Paulo. **Apelação Cível Nº 1000938-13.2016.8.26.0100**: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 32ª Vara Cível da Comarca de São Paulo, SP. Relator: Mary Grün, Julgado em 10/04/2019. Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/697337255/apelacao-civel-ac-10009381320168260100-sp-1000938-1320168260100/inteiro-teor-697337275>. Acesso em: 23 mar. 2022.

_____. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Processo Nº. 1084405-21.2015.8.26.0100**, 14ª Vara Cível da Comarca de São Paulo, SP. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/processos/61956999/processo-n-1084405-2120158260100-do-tj-sp>. Acesso em: 22 mar. 2022.

CARTA Encíclica Evangelium Vitae do Sumo Pontífice, João Paulo II. Disponível na íntegra em : https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html Acesso em: 12 nov. 2021.

CASARIN, Rodrigo. A impressionante história real do homem que explodiu a própria esposa por amor. **UOL**, 2017. Disponível em <https://paginacinco.blogosfera.uol.com.br/2017/05/25/a-impressionante-historia-real-do-homem-que-explodiu-a-propria-esposa-por-amor/?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 03 mar. 2022.

CERISARA, Ana Beatriz. Estou pronta para morrer. **VEJA YOUTUBE**, 2021, 17 de dezembro de 2017. 11min37s. Disponível em: <https://www.facebook.com/veja/videos/10155648927620617/>. Acesso em: 20 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM no 1.931**, de 13 de abril de 2010. Código de ética médica. Brasília: CFM; 2009. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm. Acesso em: 20 set. 2021.

_____. **Resolução CFM no 1.995/2012**, de 09 de agosto de 2012. Código de ética médica. Brasília: CFM; 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 20 set. 2021.

_____. **Resolução CFM no 2.173/2017**, de 15 de dezembro de 2017. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2017. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>. Acesso em: 03 dez. 2021.

_____. **Resolução CFM no 2.217/2018**, de 04 de abril de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289/do1-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042. Acesso em: 20 set. 2021.

CUIDADOS paliativos. **PAHO**, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos> Acesso em: 20 out. 2021.

DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**, 2021. Disponível em: <https://www.testamentovital.com.br/sobre>. Acesso em: 24 out. 2021.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico**. – 12. ed. rev., atual. e ampl. – Rio de Janeiro: Forense, 2014. **e-book**.

GALVÃO BFR. **Vocabulário etymologico, orthographico e prosodico das palavras portuguesas derivadas da língua grega**. Livraria Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1909.

LIPPMANN, Ernesto. **Lições de Portugal sobre testamento vital e propostas para regulamentação aqui**. Consultor Jurídico, 2015. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-set-06/ernesto-lippmann-lico-es-portugal-testamento-vital>. Acesso em: 08 abr. 2022.

MORITZ Rachel Duarte, DEICAS Alberto, CAPALBO Mônica, FORTE Daniel Neves, KRETZER Lara Patrícia, LAGO Patrícia *et al.* **II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica**. Rev Bras Ter Intensiva. 2011; 23(1):24-29. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/wBchZRByrHxMxtWMnSLwvP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2022.

MUSTAFA, Aline. **Enfim, descanse em paz**. CREMESP, 2010. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Imprensa&acao=crm_midia&id=589#:~:text=Dois%20anos%20antes%2C%20Covas%20havia,ou%20sem%20chances%20de%20cura. Acesso em: 03 fev. 2022.

OLIVEIRA, Mariana. A Teoria de Tudo: o real e a ficção na obra sobre Stephen Hawking. **VEJA**, 2017. Disponível em: https://veja.abril.com.br/coluna/e-tudo-historia/_trashed-22/. Acesso em: 03 mar. 2022.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE Christian de P. de. **Problemas atuais de Bioética**. 8a ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo / Edições Loyola; 2007.

SÃO PAULO. **LEI ESTADUAL N. 10.241, de 17 de março de 1999**. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>. Acesso em: 03 mar. 2022.

SILVA, Tiago Ferreira da Silva. **A Deontologia Jurídica e a sua aplicação no âmbito do direito moderno**. Jus, 2020. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/86138/a-deontologia-juridica-e-a-sua-aplicacao-no-ambito-do-direito-moderno>. Acesso em: 30 nov. 2021.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1999, p. 90.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. **A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro**. Revista Bioética, Brasília: Conselho Federal de Medicina, v.16, n.1, 2008, p. 62.

