

**UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE**  
**Faculdade de Direito**

GABRIEL HONORIO GIRLANDA

*TERMINALIDADE DA VIDA: ORTOTANÁSIA E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS.*

SÃO PAULO

2021

GABRIEL HONORIO GIRLANDA

Trabalho de Graduação Interdisciplinar  
apresentado como requisito para  
obtenção do título de Bacharel no Curso  
de Direito da Universidade Presbiteriana  
Mackenzie.

Orientadora: Professora Doutora Renata  
da Rocha

São Paulo

2021

GABRIEL HONORIO GIRLANDA

*TERMINALIDADE DA VIDA: ORTOTANÁSIA E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS.*

Trabalho de Graduação Interdisciplinar  
apresentado como requisito para  
obtenção do título de Bacharel no Curso  
de Direito da Universidade Presbiteriana  
Mackenzie.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Examinadora: Professora Doutora Renata da Rocha (orientadora)

Universidade Presbiteriana Mackenzie

---

Examinadora: Professora Doutora Márcia Cristiana de Souza Alvim

Universidade Presbiteriana Mackenzie

---

Examinador: Professor Doutor Flávio Leão Bastos Pereira

Universidade Presbiteriana Mackenzie

## Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os que acreditaram em mim durante todos esses anos de Faculdade, inclusive em momentos que já não mais acreditava em mim mesmo. Aos meus pais, avós e família como um todo.

## Agradecimentos

*Agradeço*, primeiramente à Deus, pois sem Ele, não teria chegado a esse ponto.

*Agradeço* à minha mãe, Christiane, mulher guerreira que me ensinou tudo e esteve presente em todos os momentos, ao meu pai Alexandre, aos meus avós Dalvina e Isac, Vera e Izidro, ao meu irmão Gustavo, ao meu Tio Roberto, Amanda e Enzo, pelo amor e apoio incondicional durante todos esses anos de faculdade, culminando com esse trabalho.

*Agradeço* à Advocacia Sandoval Filho por ter confiado no meu trabalho durante todos os anos de faculdade, por todos os ensinamentos valiosos que me cercam a todo o instante, por tudo o que aprendi.

*Agradeço* aos meus colegas de escritório com quem convivi durante todos esses anos, por vezes mais que com a família, em especial à Ingrid Feliciano por estar presente em todos os momentos, principalmente nos maiores perrengues da carreira.

*Agradeço* ao Dr. Renato Mello de Paula Ribeiro e Dr. Rafael Rodrigues Jellmayer, com quem aprendi incondicionalmente a primordialidade do direito, bem como, tudo aquilo que me fez chegar até aqui e que levo para a vida.

*Agradeço* à Universidade Presbiteriana Mackenzie, que oportunizou uma bolsa de estudo que me ajudou a concluir essa graduação, por todo o corpo docente, funcionário e infraestrutura.

*Agradeço* à minha querida orientadora, Professora Doutora Renata da Rocha, que, mesmo com sua disputada agenda, me aceitou como seu orientando e se dedicou a oferecer todo o apoio incondicional na construção desta monografia, sem esse apoio não teria chegado ao fim desse trabalho. Por suas maravilhosas aulas, mesmo em tempos de pandemia, que despertaram grande entusiasmo na matéria, e em elaborar um projeto sobre essa disciplina e sob sua orientação.

*“Você é importante porque você é você.  
E você é importante até o fim da sua  
vida. Faremos todo o possível não só  
para ajudá-lo a morrer em paz, mas  
também para fazer você viver até o  
momento de morrer.”*

*Dame Cicely Saunders*

## RESUMO

O presente trabalho visa observar o que é a ortotanásia, da mesma forma de como esta deve ser aplicada. Trata, da mesma forma, da influência das decisões dos pacientes em relação ao seu próprio tratamento terapêutico, seja optando por uma forma de tratamento, seja por outra. Embora tal prática encontre disposições contrárias na doutrina penalista, estão não deve subsistir, já que o Conselho Federal de Medicina, entende que o morrer bem é indicado como fonte da dignidade do paciente no fim da vida. Por meio de estudo de literatura jurídica e médica, bem como, com breve análise de casos internacionais impactantes, busca apresentar uma melhor saída à essa decisão. Adiante, vê-se diante da necessidade de se dar más notícias e apresentar os impactos diante do seio de convivência do falecido. O estudo conclui que a ortotanásia é efetiva ao cumprimento do preceito constitucional de dignidade da pessoa humana, da mesma forma que a comunicação é fonte primordial para o bom tratamento médico e o fim do processo vital.

**PALAVRAS CHAVES:** Biodireito. Bioética. Ortotanásia. Terminalidade da Vida. Processo Vital.

## ABSTRACT

The present work aims to observe what orthothanasia is, as well as how it should be applied. Likewise, it deals with the influence of patients' decisions regarding their own therapeutic treatment, whether opting for one form of treatment or another. Although this practice finds contrary provisions in the penal doctrine, they should not survive, since the Federal Council of Medicine understands that dying well is indicated as a source of the patient's dignity at the end of life. Through a study of legal and medical literature, as well as a brief analysis of impacting international cases, it seeks to present a better solution to this decision. Ahead, we see the need to give bad news and present the impacts in the midst of the deceased's coexistence.

**KEY WORDS:** Biolaw. Bioethics. Orthothanasia. Termination of Life. Vital process.



## Sumário

Introdução.....	9
CAPÍTULO 1. DA TERMINALIDADE DA VIDA À LUZ DO BIODIREITO E DA BIOÉTICA .....	11
1.1 Bioética, Biodireito e fim da vida humana .....	12
1.2 Considerações médicas e Jurídicas sobre o fim da vida .....	17
1.3 Ortotanásia .....	23
CAPÍTULO 2. ORTOTANÁSIA LEGISLAÇÃO COMPARADA E BRASIL.....	25
2.1 O que é a Ortotanásia e quando a Ortotanásia é recomendada .....	26
2.2 Normatização da Ortotanásia no ordenamento jurídico brasileiro em comparação à Legislação internacional. ....	27
2.3 Recomendações sobre Ortotanásia e cuidados paliativos. ....	33
CAPÍTULO 3. CUIDADOS PALIATIVOS .....	36
3.1 Quando são aplicados os cuidados paliativos .....	37
3.2 Quais são as recomendações do Conselho Federal de Medicina .....	39
3.3 A atuação do CFM para garantir cuidados paliativos a pacientes em estados Terminais e a morte com dignidade .....	40
CAPÍTULO 4. COMUNICAÇÃO DAS MÁS NOTÍCIAS E A DIGNIDADE HUMANA ...	41
4.1 Orientações sobre como dar as más notícias.....	41
4.2 Os reflexos da morte em diversos âmbitos: social, espiritual etc. ....	44
4.3 Solidariedade e Dignidade como princípios jurídicos norteadores da terminalidade da vida	47
Conclusão .....	49
Referências Bibliográficas.....	51

## INTRODUÇÃO

A morte é algo pouco estudada enquanto fenômeno certo para qualquer indivíduo. Tem-se um certo preconceito com os aspectos relacionados a morte de qualquer pessoa, seja um ente querido, ou mais distante, novos ou já avançados em idade, com condições preexistentes que levam à morte antes daquele que, consideramos, o tempo certo.

Nesse sentido, comumente se vê a questão da eutanásia, retratada em livros corriqueiros, filmes recentes e países afora. Há que se observar a distinção entre alguns aspectos do tema.

No que concerne a **eutanásia** está ligada à terminalidade da vida ativa, ou seja, um médico, estando um paciente em um quadro irreversível, encerra o sofrimento deste. Tem-se também a **distanásia** que está ligada ao prolongamento da vida de um indivíduo em estado terminal, seja por fármacos ou por aparelhos, que dão suporte para que a vida se estenda o máximo possível. Doutro modo, equiparando aos dois pontos apresentados está a **ortotanásia** que visa dar um conforto para o paciente, de forma a minimizar o sofrimento para que a vida cesse de forma natural.

Em todos esses pontos, o cerne está no sofrimento do paciente, quem realmente está sentindo todas as sensações de estar se esvaindo da vida.

Ao que parece, a ortotanásia é a forma de terminalidade mais indicada para grande parte dos casos em que se vê pessoas com quadros irreversíveis, nesse sentido, em 2006 o Conselho Federal de Medicina, publicou a resolução nº 1.805/2006 que apresenta uma forma de encerrar a vida de pacientes em estado terminal, sendo franqueado ao paciente ou a seu representante todas as opções viáveis para tal. Demonstra, por outro lado, a preocupação com a dignidade da pessoa humana, já que deve ser observada desde sua concepção até o final de sua existência.

O CFM é o órgão de regulação da atividade médica, seja na rede pública ou privada. Quanto as diversas formas de terminalidade da vida, deve-se observar que por vezes, o Sistema Único de Saúde (SUS), por vezes não possui condições para fornecer o tratamento adequado à cada caso ou à escolha do paciente ou seu representante.

A terminalidade da vida é observada com frequência à luz do Direito Sucessório, isso porque, comumente pensa-se naquilo que o falecido deixou de herança ao legado, entretanto, não é apenas essa ótica que se deve ter, geralmente, é o último ato de pessoa natural e assim, deve-se considerar suas últimas vontades.

Com o final da vida de um indivíduo, surgem diversos aspectos que precisam ser considerados. De forma inicial como dar uma notícia tão impactante aos familiares e amigos. Adiante, os impactos no seio familiar, na sociedade; nos aspectos jurídicos e religiosos de como se dá a interpretação para cada um.

A temática ainda é pouco retratada no ordenamento jurídico pátrio, tem-se tímidas doutrinas e jurisprudência. Pretende-se demonstrar os pontos destacando-se as principais questões de cada caso.

Pretende-se, ainda, demonstrar o quão amplo é o espectro da terminalidade da vida dentro do biodireito, bem como, apresentar opções diversas ao indivíduo, para escolher, a seu modo, a melhor forma de morrer.

O presente trabalho busca a partir do método bibliográfico-documental, que será desenvolvido por meio de análise de materiais publicados em livros, artigos, dissertações e teses responder esse questionamento. Registre-se ainda que o referencial teórico que servirá de alicerce desta pesquisa concentra-se nos Fundamentos do Biodireito de Renata da Rocha, Curso de Bioética e Biodireito de Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus Maluff, Biodireito, Bioética e Filosofia em Debate da coordenação de Carlos Eduardo Nicoletti Camillo.

Ressalta-se, outrossim, que a presente temática perpassa o núcleo da medicina, do qual serão utilizados conceitos e resoluções emanados pelo Conselho Federal de Medicina, bem como, sua doutrina específica, notadamente ao Manual da Residência de Cuidados Paliativos de Ricardo Tavares de Carvalho, Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Bioética e Medicina da Comissão de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro sob coordenação de Simone Tosta Faillace.

## CAPÍTULO 1. DA TERMINALIDADE DA VIDA À LUZ DO BIODIREITO E DA BIOÉTICA

A morte é uma das poucas certezas após o nascimento com vida de qualquer ser humano, com isso devem ser observadas diversas questões atinentes a esse fenômeno natural.

Com o avanço da ciência e de diversas tecnologias, observou-se que, de certa forma, também se alcançou uma extensão da vida de qualquer pessoa. De forma natural, o avanço das pesquisas e medicamentos, trouxe certa diminuição de mortes precoces em decorrência de simples acontecimentos, assim, a expectativa de vida aumentou, principalmente com a melhora de questões sanitárias importantes, tais como: saneamento básico, vacinas, e evolução medicamentosas e outros.

Diante desses diversos avanços, houve também a necessidade de que o ordenamento jurídico fosse atualizado para acompanhar mudanças de paradigmas e concepções sociais importantes.

Houve a necessidade da criação de uma ramificação dentro do direito para que se estudasse os eventos relacionados as questões médicas e jurídicas da morte.

Interessante observar que o direito se utiliza de conceitos oriundos da medicina para que possa criar seus próprios conceitos jurídicos sobre esse assunto.

O biodireito, a bioética e o fim da vida humana estão intimamente ligados à dignidade da pessoa humana, isso porque o ser humano é detentor de dignidade em todos os tratamentos depreendido a ele, inclusive quando a morte se aproxima.

Sobre dignidade, importante os ensinamentos de Luís Roberto Barroso<sup>1</sup>, durante a Conferência Magna de Encerramento da XXI Conferência Nacional da OAB em Curitiba, no ano de 2011, onde se referiu à dignidade da pessoa humana, apresentou que:

A dignidade da pessoa humana transformou-se em um dos grandes consensos éticos do mundo ocidental. Dignidade significa, em primeiro lugar, o valor intrínseco da pessoa humana, que identifica sua posição diferenciada no mundo da criação e a distingue dos outros seres vivos e das coisas. As coisas têm preço, mas as pessoas têm dignidade, um valor que não tem preço. Da ideia de dignidade se extrai o postulado ético essencial enunciado por Kant: todo homem é um fim em si mesmo, e não um meio para a realização de metas coletivas ou projetos pessoais dos outros. Do valor intrínseco de cada pessoa decorrem os direitos fundamentais à vida, à igualdade e à integridade física e psíquica. **Um segundo conteúdo da dignidade é a autonomia de cada indivíduo, que identifica sua capacidade de**

---

<sup>1</sup> BARROSO, Luis Roberto. **DEMOCRACIA, DESENVOLVIMENTO E DIGNIDADE HUMANA: UMA AGENDA PARA OS PRÓXIMOS DEZ ANOS**. In: CONFERÊNCIA MAGNA DE ENCERRAMENTO DA XXI CONFERÊNCIA NACIONAL DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. CURITIBA, 24 DE NOVEMBRO DE 2011, Ribeirão Preto: Migalhas, 2016. 103-104 p. (físico) disponível também em: <https://www.migalhas.com.br/quentes/145656/luis-roberto-barroso-encerra-conferencia-da-oab-com-10-propostas-para-o-pais>. Acesso em: 13 abr. 2021.

**autodeterminação, o poder de fazer valorações morais e escolhas existenciais sem imposições externas indevidas.** [...] Pré-condição necessária para o exercício da autonomia é a satisfação do mínimo existencial. Para poder ser livre, igual e capaz de exercer sua cidadania, a pessoa humana tem de viver sem privações e ter acesso a um mínimo de condições para uma vida digna, incluindo educação e saúde básicas, renda mínima e informação, dentre outras.

Ainda, leciona Ricardo Maurício Freire Soares:

Sendo assim, o princípio ético-jurídico da dignidade da pessoa humana importa o reconhecimento e tutela de um espaço de integridade físico-moral a ser assegurado a todas as pessoas por sua existência ontológica no mundo, relacionando-se tanto com a manutenção das condições materiais de subsistência quanto com a preservação dos valores espirituais de um indivíduo que sente, pensa e interage com o universo circundante.<sup>2</sup>

Tão importantes essas considerações, à vista de que efetivamente demonstram o espectro atual numa interpretação da sociedade quanto à dignidade da pessoa humana. A autonomia da vontade de cada um é uma grande valoração dentro da dignidade, importa dizer que essas ponderações se apresentam de forma crucial, para que, sem imposições externas, fiquem facilitadas as disposições de suas liberdades individuais, incluindo suas disposições de última vontade.

Quando a terminalidade da vida se aproxima, é importante que o indivíduo se sinta à vontade para dispor sobre o que se sucederá, a morte integra a dignidade da pessoa humana e por ser princípio constitucional deve ser respeitado.

### 1.1 Bioética, Biodireito e fim da vida humana

Convém, inicialmente, conceituar a que se refere cada um dos temas citados. Dentre os estudos do ramo, verifica-se diversas conceituações, tonando o tema, embora tímido, estudado por diversos pesquisadores. Assim, importante que alguns pontos de vista sejam analisados, para que se chegue a uma concepção mais completa.

A Bioética é definida por Van Rensselaer Potter, como anotado por Renata da Rocha<sup>3</sup>: “sendo o estudo sistemático das dimensões morais [...] das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar.”. já para

---

<sup>2</sup> Soares, R.M. F. **O Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana, 1ª edição**. São Paulo: Editora Saraiva, 2009. 9788502139459. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502139459/>. Acesso em: 09 mai 2021

<sup>3</sup> ROCHA, Renata da. **Fundamentos do Biodireito**. Salvador: Jvs Podivm, 2018, p. 68

André Comte-Sponville “nada mais é do que os deveres do ser humano para com o outro ser humano e de todos para a humanidade.”<sup>4</sup>.

As duas anotações trazem concepções em mesmo sentido. A primeira se apresenta no campo teórico, uma vez que se insere na Enciclopédia de Bioética, organizada pelo Instituto Kennedy de Ética da Universidade de Georgetown, já a outra está intimamente ligada à concepção filosófica do pensamento de Comte-Sponville ligado à *Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne*. Muito embora se apresentem em campos diferentes do conhecimento, ambas trazem uma junção necessária para formar um sentido global da bioética, deve-se observar o estudo sistemático de um contexto interdisciplinar ao mesmo tempo em que os deveres do ser humano para com a humanidade estão à tona.

E mais:

Bioética é o estudo transdisciplinar entre biologia, medicina, filosofia e direito que investiga as condições necessárias para uma administração responsável da vida humana, animal e responsabilidade ambiental. Considera, portanto, questões onde não existe consenso moral como a fertilização in vitro, o aborto, a clonagem, a eutanásia, os transgênicos e as pesquisas com células-tronco, bem como a responsabilidade moral de cientistas em suas pesquisas e suas aplicações. Sintetiza Leo Pessini que “a bioética estuda a moralidade da conduta humana no campo das ciências da vida”, estabelecendo padrões de conduta socialmente adequados.<sup>5</sup>:

Ainda:

A bioética clínica surge como uma forma de entender e discutir os avanços da tecnologia com o olhar voltado para o ser humano em todas as suas características. [...]A bioética passa a ser o fórum mais adequado para a reflexão e discussão sobre o envelhecimento. Abordamos não só as condições fisiológicas e clínicas, mas também as dificuldades do cuidador e a interação do paciente idoso com a família e com a sociedade. Reconhecer a sua vulnerabilidade e preservar a sua autonomia deve ser uma meta a ser alcançada. Envelhecer deve ser encarado como uma conquista, nunca como um demérito. A terminalidade da vida é o momento no qual o ser humano se defronta com angústias e medos. A bioética clínica se propõe a discutir amplamente a forma de enfrentar as diversas situações relacionadas a tal estado.<sup>6</sup>

Tem-se, que a bioética é um estudo complexo e completo, interligando diversas disciplinas dos mais diversos campos da ciência. A partir de sua junção é que se pode entender alguns pontos ligados a todas as áreas e que possuem o mesmo sentido de análise.

<sup>4</sup> FAILLACE, Simone Tosta (Coord.). **Bioética e Medicina**: Comissão de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Navegantes Editora e Gráfica, 2006. 10 p. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/publicacoesonline/86/10/>. Acesso em: 8 mai. 2021.

<sup>5</sup> MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de Bioética e Biodireito** - 4ª Edição. Lisboa: Grupo Almedina (Portugal), 2020. 9786556270302. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786556270302/>. Acesso em: 08 mai 2021

<sup>6</sup> CAMILLO, C.E.N.; SILVA, P.F.D.; ROCHA, R.D.; CAMPATO, R.F. **Biodireito, Bioética e Filosofia em Debate**. Lisboa: Grupo Almedina (Portugal), 2020. 9786556271118. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786556271118/>. Acesso em: 08 mai 2021

Diante dos avanços nas pesquisas científicas, principalmente no pós Segunda Guerra Mundial, houveram novas especulações à partir de todas as práticas realizadas até aquele momento de pós guerra, assim, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos<sup>7</sup>, entendeu-se uma nova dimensão de direitos humanos, superveniente aos direitos de primeira dimensão (direitos civis e políticos – *liberté*), de segunda dimensão (direitos sociais, econômicos e culturais – *egalité*) e terceira dimensão (direito à paz, à autodeterminação dos povos, ao desenvolvimento, ao meio ambiente e qualidade de vida, à conservação e utilização do patrimônio histórico e cultural, direito de comunicação - *fraternité* ). Não há um consenso quanto aos direitos humanos de quarta dimensão, que dizem respeito ao direito contra a manipulação genética, direito de morrer com dignidade e direito à mudança de sexo, todos dentro de uma busca à solução de diversos conflitos inéditos advindos da sociedade contemporânea.

Conforme anota Alisson José Maia Melo:

Em setembro de 1994, o Prof. Paulo Bonavides proferiu palestra de encerramento da XV Conferência Nacional da Ordem dos Advogados do Brasil — “Ética, Democracia e Direito” —, realizada em Foz do Iguaçu, Paraná, com o título “Um novo conceito de democracia direta”. Nessa palestra, trouxe os aportes principais para a configuração de uma quarta geração dos direitos fundamentais. [...]

A emergência da quarta geração se dá como reação à globalização econômica do neoliberalismo, através de uma globalização política, cujos direitos “correspondem à derradeira fase de institucionalização do Estado social”.

Os direitos da quarta geração até então identificados pelo criador da teoria são três:

- a) o direito à democracia;
- b) o direito à informação; e
- c) o direito ao pluralismo.

Em seguida, cuida de tratar em mais detalhes acerca do direito à democracia. O direito à democracia preconizado é especificamente a democracia direta, viabilizada pelos “avanços da tecnologia de comunicação”, devendo estar “isenta das contaminações da mídia manipuladora”. [...]

Após um parêntese para ressaltar o aprimoramento dado pelo uso do termo “dimensão” no lugar de “geração”, superando a crítica terminológica, propõe-se uma interconexão entre as gerações: “os direitos da primeira geração, [...] os da segunda [...] e os da terceira [...] são infraestruturais, [e] formam a pirâmide cujo ápice é o direito à democracia”. A noção de pirâmide, nos termos propostos, pode ser desenhada, pelo menos, de duas formas. A primeira consideraria uma posição de igualdade relativa entre os direitos das diferentes gerações, formando propriamente, em termos de geometria, um tetraedro, [...]

Não é à toa, portanto, que Paulo Bonavides propõe a localização da quarta geração acima das antecedentes, embora com isso venha a sugerir a existência de uma improvável hierarquia de tipo material, e, ademais, quer compatibilizar essa nova compreensão da democracia com os institutos da democracia representativa, fundamentados na primeira geração.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> A Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 10 de dezembro de 1948, está inserida num cenário de pós 2ª Guerra Mundial, onde as Nações Unidas se viram confrontadas a combater diversas das práticas de abuso contra a vida perpetradas pelos nazistas, através de pesquisas que destoavam de qualquer preceito ético/moral, mesmo que não escrito, que se tinha até aquela época.

<sup>8</sup> MELO, Alisson José Maia. **REVISITANDO AS GERAÇÕES DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS: UMA ABORDAGEM EPISTEMOLÓGICA DO DIREITO CONSTITUCIONAL**, in ANDRADE, L.E.; (ORGS.), S.H.D.B.M. **Democracia e Direitos Fundamentais**. Uma Homenagem aos 90 anos do Professor Paulo

Por sua vez, o biodireito está inserido dentro da bioética, sendo também parte integrante da quarta dimensão dos direitos humanos. A partir dos ensinamentos de Vicente de Paulo Barreto, tem-se que:

Biodireito de bio (do grego biós, vida) + direito (do latim directus, participio passado de dirigere, pôr em linha reta, dispor, ordenar, regular). Denominação atribuída à disciplina no estudo do Direito, integrada por diferentes matérias, que trata da teoria, da legislação e da jurisprudência relativa às normas reguladoras da conduta humana em face dos avanços da Biologia, da Biotecnologia e da Medicina.<sup>9</sup>

Leciona também Flávio de Leão Bastos Pereira e Renata da Rocha:

Assim, o risco de que ciência, em geral, e de que a engenharia genética, em particular, se desenvolva alheia aos valores humanos históricos, duramente conquistados e consagrados no bojo das declarações de direitos, justifica, uma vez mais, a afirmação do Biodireito como um ramo do Direito, uma área no estudo da ciência do Direito, apta a informar os limites seguros, capazes de compatibilizar avanço tecnológico, liberdade de pesquisa científica, vida e dignidade humana<sup>10</sup>

No mesmo sentido, ensina Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus Maluff

O biodireito pode ser definido como o novo ramo do estudo jurídico, resultado do encontro entre a bioética e o direito. É o ramo do Direito Público que se associa à bioética, estudando as relações jurídicas entre o direito e os avanços tecnológicos conectados à medicina e à biotecnologia.<sup>11</sup>

As normas jurídicas regulam as atitudes da vida em sociedade, a bioética está presente no campo da ética, que em regra, não possui efetividade, dessa forma, o biodireito está presente para dar efetividade às normas éticas, já que é a exata relação Ética X Direito, sendo juridicamente positivadas.

Com avanço das tecnologias, em especial no campo da medicina, houveram novos dilemas éticos e jurídicos, que devem ser analisados à luz da bioética (dilemas éticos) e do biodireito (consequências jurídicas), tais pontos versam sobre a própria concepção da vida, desde os direitos consagrados à partir da concepção até o fim do processo vital<sup>12</sup>, incluindo o

Bonavides. São Paulo: Grupo GEN, 2016. 9788597006575. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788597006575/>. Acesso em: 08 May 2021

<sup>9</sup> Barreto, Vicente de Paulo (Org.). **Novos temas de biodireito e bioética**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003, p. 78.

<sup>10</sup> LEÃO, F. B. P. e ROCHA, R. D., **Do projeto T4 à edição genética: a ameaça eugênica aos direitos humanos e ao biodireito**, p. 178/179, in CAMILLO, C.E.N.; SILVA, P.F.D.; ROCHA, R.D.; CAMPATO, R.F. **Biodireito, Bioética e Filosofia em Debate**. São Paulo: Grupo Almedina (Portugal), 2020. 9786556271118. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786556271118/>. Acesso em: 08 May 2021

<sup>11</sup> MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de Bioética e Biodireito - 4ª Edição**. Lisboa: Grupo Almedina (Portugal), 2020. 9786556270302. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786556270302/>. Acesso em: 08 mai 2021

<sup>12</sup> Sentido trazido por José Afonso da Silva, donde retira-se: “Sua riqueza significativa é de difícil apreensão porque é algo dinâmico, que se, transforma incessantemente sem perder sua própria identidade. E mais um processo (processo vital), que se instaura com a concepção (ou germinação vegetal), transforma-se, progride, mantendo sua identidade, até que muda de qualidade, deixando, então, de ser vida para ser morte. Tudo que interfere em prejuízo deste fluir espontâneo e incessante contraria a vida.” SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 37º ed. São Paulo: Malheiros, 2013, p. 199.



próprio fim da vida e suas formas de assim o fazer, como a eutanásia, ortotanásia, distanásia, suicídio assistido, bem como as decisões tomadas antecipadamente sobre isso, através das diretivas antecipadas de vontade<sup>13</sup>.

O fim da vida humana é algo extremamente complexo, a medicina tem avançado em muito nos últimos anos, entretanto ainda não conhece os aspectos da vida em sua totalidade, o fim da vida se encontra com a definição mais próxima de morte, o Conselho Federal de Medicina considera “que a perda completa e irreversível das funções encefálicas, definida pela cessação das atividades corticais e de tronco encefálico, caracteriza a morte encefálica e, portanto, a morte da pessoa”<sup>14</sup>, sendo assim, a paralização das atividades cerebrais determina o momento da morte do ser humano<sup>15</sup>, e em consequência, a terminalidade da vida.

---

<sup>13</sup> “O QUE SÃO AS DAV’S? A época em que vivemos caracteriza-se pelo aumento exponencial da esperança de vida da população, porém, muitas vezes sem a devida qualidade. Os hospitais estão repletos de pessoas cuja existência está totalmente dependente do suporte de máquinas, e cuja existência física nestas condições se pode arrastar durante anos. Num momento em que a “quantidade de vida” parece quase assegurada começa a colocar-se o problema da “qualidade de vida”. Nestas condições, a recusa de tratamentos de suporte vital não pode ser vista como uma tentativa de suicídio ou como eutanásia, pois uma tal decisão apenas permitirá que a doença siga o seu curso natural. Se a morte eventualmente ocorrer será o resultado de uma doença e não de lesões auto ou hetero-infligidas. A intenção não é fomentar a eutanásia activa, mas somente deixar ao paciente a decisão do momento no qual os esforços terapêuticos devem ser interrompidos. Nesta medida não vai contra o disposto no ordenamento penal. Muitas vezes esta recusa não pode ser verbalizada pelo próprio, pelo simples facto de que já nem sequer está em condições de o fazer. Assim surgem as DAV’s, como forma de obviar os resultados nefastos para a autonomia pessoal – e para a própria dignidade humana – dessa impossibilidade. O paciente portador de uma DAV tem direito à mesma qualidade de serviços de saúde disponibilizada a qualquer outro utente, e não pode de forma alguma ser discriminado no acesso aos cuidados médicos por ser titular de uma DAV (sendo que o contrário é igualmente verdadeiro, não podendo ninguém ser discriminado aquando da celebração de um contrato de seguro de vida ou de saúde por não ter feito uma DAV). As DAV’s, por seu turno, podem assumir duas modalidades, que não se excluem entre si: ou se manifesta a vontade que se pretende fazer valer no futuro num documento escrito (testamento vital) ou se delega a manifestação dessa vontade num procurador especificamente instituído para esse efeito (o Procurador de Cuidados de Saúde).” RAPOSO, Vera Lúcia. (2011). **Directivas Antecipadas de Vontade: em busca da lei perdida. Revista do Ministério Público. Portugal.** Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/266246282\\_Directivas\\_Antecipadas\\_de\\_Vontade\\_em\\_busca\\_da\\_lei\\_perdida](https://www.researchgate.net/publication/266246282_Directivas_Antecipadas_de_Vontade_em_busca_da_lei_perdida). Acesso em: 8 mai. 2021.

<sup>14</sup> CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n° 2.173, de 23 de novembro de 2017.** Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica.. Diário Ofício da União: Publicado em: 15/12/2017 | Edição: 240 | Seção: 1 | Página: 50-275 Órgão: Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais / Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>. Acesso em: 8 mai. 2021.

<sup>15</sup> Considerando que a morte é um processo lento e gradual, distingue-se a morte clínica (paralisação da função cardíaca e da respiratória) da morte biológica (destruição celular) e da morte inicialmente conhecida como cerebral e hoje caracterizada como encefálica, a qual resulta na paralisação das funções cerebrais. A morte clínica pode, em face dos avanços tecnológicos da medicina, desaparecer com os processos de reanimação, permitindo, assim, manter a vida vegetativa, mesmo após a superveniência da morte cerebral. **A morte**, antes identificada como a cessação da atividade espontânea da função cardíaca e respiratória, com a paralisação circulatória irreversível, **passou a ser determinada com a paralisação das funções cerebrais**. O fato é que a fixação de critérios na determinação da morte denominada "cerebral" foi-se estabelecendo à luz das normas que se criaram para a realização dos transplantes, o que ensejou os mais variados debates sobre o assunto, na busca de uniformização de conceitos. Em 1968, o Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS), vinculado à Organização Mundial da Saúde (OMS) e à UNESCO, reuniu-se em Genebra, e estabeleceu critérios sobre morte cerebral aprovados por unanimidade, em declaração conjunta por todos os países que ali compareceram, fundada sobre "o que se deve entender por morte do doador", em casos de

Deve-se observar que com o fim da vida, diversos direitos se encerram de forma conjunta, isso porque é a disposição legal do Código do Civil “Art. 6º - A existência da pessoa natural termina com a morte”<sup>16</sup>. De outra forma, os direitos de personalidade, ainda são franqueados ao falecido, na mesma esteira dispõe o artigo 12, assim ementado:

Art. 12. Pode-se exigir que cesse a ameaça, ou a lesão, a direito da personalidade, e reclamar perdas e danos, sem prejuízo de outras sanções previstas em lei.  
Parágrafo único. Em se tratando de morto, terá legitimação para requerer a medida prevista neste artigo o cônjuge sobrevivente, ou qualquer parente em linha reta, ou colateral até o quarto grau.<sup>17</sup>

O que se compreende é que o final da vida se apresenta com a paralisação das funções encefálicas, fato que permite a doação de órgãos, por exemplo, ou que se dará azo aos atos finais da vida, seja por parte da família, com o enterro, seja em cumprimento as diretivas antecipadas de vontade.

## 1.2 Considerações médicas e Jurídicas sobre o fim da vida

O biodireito está presente para regular os diversos fatos referentes às questões (bio) éticas e jurídicas, dessa forma, deve-se considerar as relações daquilo feito dentro da medicina e dentro do judiciário. Interessante o trazido por Reinaldo Ayer de Oliveira e Pâmella Gabriel Baptista:

Uma pequena digressão: a complexa definição do que significa um ser humano, sobretudo tomando o conceito de vida, como as relações entre seres e destes com o meio em que vivem, nos leva a considerar que o cadáver já não é mais uma pessoa. Passa a constituir-se uma coisa. Este é um conceito jurídico: se não pode ser pessoa é, portanto, coisa. A pessoa natural termina com a morte – é a morte real. O Código Civil expressa em seu art. 6º que a existência da pessoa natural termina com a morte. No art. 9º do mesmo Código, tem-se a determinação da inscrição dos óbitos em registro público e o seu art. 1.571 estabelece que a sociedade conjugal termina com a morte de um dos cônjuges (BRASIL, 2002). O Código Penal estabelece em seu art. 107 que se extingue a punibilidade com a morte do agente (BRASIL, 1940).<sup>18</sup>

---

transplantes: "1) perda de todo sentido ambiente; 2) debilidade total dos músculos; 3) paralisação espontânea da respiração; 4) colapso da pressão sanguínea no momento em que deixa de ser mantida artificialmente; 5) traçado absolutamente linear de eletroencefalograma". GOGLIANO, Daisy. **Pacientes Terminais - Morte Encefálica. Revista de Bioética**, v. 1, n. 2, Publi. N/C. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/493/310](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/493/310). Acesso em: 8 mai. 2021.

<sup>16</sup> BRASIL. **Código Civil**. Artigo 2º da Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Diário Oficial da União. Brasília, 11 de janeiro de 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm). Acesso em: 8 mai. 2021.

<sup>17</sup> Idem, artigo 14.

<sup>18</sup> COHEN, Claudio; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de ; editores associados Alex Pereira Leutério ... [et al.]. **Bioética, direito e medicina**. 1. ed. Barueri [SP]: Manole, 2020. 784 p. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520458587/>. Acesso em: 8 mai. 2021.

Inicia-se tais considerações, a partir das ponderações acerca do tratado pela medicina. A organização médica se baseia, em última instância, nas resoluções emanadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), tendo seu Código de Ética Médica sido atualizado em 2018, através da Resolução CFM nº 2.217, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019, concedendo novas disposições a diversos assuntos. A redação anterior, dispunha em seu preâmbulo:

VI - Este Código de Ética Médica é composto de 25 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 10 normas diceológicas, 118 normas deontológicas e quatro disposições gerais. A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei. *(redação revogada)*

VI - Este Código de Ética Médica é composto de 26 princípios fundamentais do exercício da medicina, 11 normas diceológicas, 117 normas deontológicas e quatro disposições gerais. A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei. (Redação modificada pela Resolução CFM nº 2.222/2018)<sup>19</sup>

Para que o Código de Ética Médica tenha sua eficácia, este deve estar intimamente relacionado ao ordenamento jurídico. Todo esse arcabouço jurídico está para a medicina, da mesma forma que as leis, normas, códigos, preceitos gerais, estão para os fundamentos do direito. Para tanto, colaciona-se as palavras de Reinaldo Ayer de Oliveira e Pâmella Gabriel Baptista:

Se por um lado o diagnóstico médico-legal de morte relaciona-se com os fenômenos abióticos que produzem lesões irreversíveis aos órgãos e tecidos, por outro lado, os avanços da tecnociência têm permitido a substituição, ainda que temporária, de uma determinada função de um órgão possibilitando, às vezes, sua recuperação. Portanto, a morte deverá ser entendida na complexidade do fenômeno vida. São dois estados que se excluem mutuamente – estar vivo e estar morto, sem que caiba um meio termo. Definido um, estará conceituado o outro como corolário.<sup>20</sup>

Se vê, ainda mais adiante dentro do Código de Ética Médica, questões que merecem destaque. O que se pretende com esse regramento, é auxiliar o profissional da medicina a amparar da melhor forma todas as decisões a serem tomadas em qualquer tratamento, sendo ainda em vida, ou depois da morte, cita-se, portanto, alguns princípios fundamentais da medicina que trazem, de certa forma, fundamentos consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos:

#### Princípios Fundamentais

<sup>19</sup> CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. **Código de Ética Médica**. Diário Oficial da União. Brasília, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2021.

<sup>20</sup> COHEN, Claudio; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de ; editores associados Alex Pereira Leutério ... [et al.]. **Bioética, direito e medicina**. 1. ed. Barueri [SP]: Manole, 2020. 784 p. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520458587/>. Acesso em: 8 mai. 2021.

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

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.

É vedado ao médico:

Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução da pena de morte.

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.

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legais quando não tenha realizado pessoalmente o exame.<sup>21</sup>

Consagrando todos os preceitos, o profissional terá respaldo para a tomada de suas decisões, seja para continuar um tratamento, ou conceder ao paciente os cuidados paliativos<sup>22</sup> necessários no término do processo vital. Da mesma forma, se torna determinante a conduta pessoal do médico para a prática de suas funções em algumas situações. Para tanto, demonstra

---

<sup>21</sup> CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. **Código de Ética Médica**. Diário Oficial da União. Brasília, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2021.

<sup>22</sup> Interessante anotação feita pelo Conselho Federal de Medicina nas Exposições de Motivos da Resolução nº 1.805/2006:

“Uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida. A atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual.”

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805, de 09 de novembro de 2006. **Tratamentos na Terminalidade da Vida (Exposição de motivos)**. Diário Oficial da União. Brasília, 2006. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

o Código de Ética Médica, quando veda ao médico de atestar óbito quando não verificado pessoalmente. Há responsabilização pessoal do médico, quando se enfrenta os atos mencionados no CEM, o que pode culminar com a interdição cautelar do exercício da medicina, até a proibição total de praticar atos médicos.

Outro aspecto importante, sobre a conduta médica, pode ser observado dentro da responsabilidade civil. Nesse sentido são as palavras de Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus Maluff

A relação médico-paciente é contratual, e visa não somente a cura do paciente mas visa, sobretudo, prestação de cuidados conscienciosos, atentos à ética profissional e às prescrições deontológicas, no limite do exercício profissional, observados os ditames bioéticos. Embora a natureza do trabalho do médico seja contratual, decorrente das obrigações contratadas, não dominam os princípios da responsabilidade objetiva, porque nem sempre é possível a obtenção do êxito na execução de seu trabalho.<sup>638</sup> Há ainda o dever de informar, previsto no art.6o,III do CDC, diretamente ligado ao princípio da transparência e obriga o prestador de serviço a fornecer todos os detalhes – riscos e prognósticos-dos tratamentos a serem empregados, cuja ausência – excluídos os casos especiais de emergência médica – caracterizar um agir culposo do médico no atendimento a um paciente.

Desta sorte, podemos concluir que os serviços médicos representam uma obrigação de meio e não de resultado, sendo responsabilizados no âmbito cível quando de seu exercício decorrer alguma das modalidades de culpa – negligência, imprudência ou imperícia–, daí o rigor da jurisprudência na exigência da produção dessa prova, no mesmo sentido é a aplicação do art. 14 do CDC.<sup>639</sup> O médico responde não somente por fato próprio como também por fato danoso praticado por terceiros que estejam diretamente sob suas ordens, como enfermeiros e demais profissionais da saúde. Não se tem, entretanto, considerado como culpável o erro profissional que advém da incerteza da arte médica, do erro de diagnóstico ou da iatrogenia (dano causado pelo ato médico em pessoas sadias ou doentes).<sup>23</sup>

Tais formas de responsabilização concedem um facilitador aos processos que podem ocorrer diante da morte de um paciente, seja pela finalidade de uma doença, ou até por erro médico. Como dito, a relação médico-paciente, possui caráter contratual e, geralmente, os contratos cessam com a morte de uma das partes, também se encerra a consagrada relação médico- paciente.

Com a morte do paciente, não havendo motivo de erro médico ou falha na prestação do serviço médico, se encerram as obrigações do médico para com o paciente, e, por definição concedida pelo Código Civil, extinta a personalidade da pessoa, esta deixa de existir e torna-se coisa.

Aos olhos da disciplina jurídica, o ser extinto passa a ter outra natureza jurídica, como anota Adriano de Cupis:

---

<sup>23</sup> MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de Bioética e Biodireito** - 4ª Edição. Lisboa: Grupo Almedina (Portugal), 2020. 9786556270302. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786556270302/>. Acesso em: 09 mai 2021

(...) o corpo humano, depois da morte, torna-se uma coisa submetida à disciplina jurídica, coisa, no entanto, que não podendo ser objeto de direitos privados patrimoniais, deve classificar-se entre as coisas *extra commercium* (fora do comércio). Não sendo a pessoa, enquanto viva, objeto de direitos patrimoniais, não pode sê-lo também o cadáver, o qual, apesar da mudança de substância e de função, conserva o cunho e o resíduo de pessoa viva<sup>24</sup>

Tendo em vista que nem em vida, pode-se dispor sobre o corpo quanto a transações onerosas, também não o será feito depois da morte. A legislação Pátria permite algumas condutas que podem ser efetivas com o corpo, cita-se, por exemplo, a doação gratuita, seja instituída pelo falecido em vida, ou por seus herdeiros. Em 1997 foi instituída a Lei 9.434, que dispõe efetivamente sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes humanas para fins de transplante e tratamento, seja *post mortem* ou em corpo humano vivo. Assim se apresenta alguns artigos da referida lei:

Art. 3º A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante 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.

§ 1º Os prontuários médicos, contendo os resultados ou os laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica e cópias dos documentos de que tratam os arts. 2º, parágrafo único; 4º e seus parágrafos; 5º; 7º; 9º, §§ 2º, 4º, 6º e 8º, e 10, quando couber, e detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos, serão mantidos nos arquivos das instituições referidas no art. 2º por um período mínimo de cinco anos.

§ 2º Às instituições referidas no art. 2º enviarão anualmente um relatório contendo os nomes dos pacientes receptores ao órgão gestor estadual do Sistema Único de Saúde.

§ 3º Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica.

Art. 4º A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

Parágrafo único. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 1º ao § 5º. (Revogados pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

Art. 5º A remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa juridicamente incapaz poderá ser feita desde que permitida expressamente por ambos os pais, ou por seus responsáveis legais.

Art. 6º É vedada a remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas.

<sup>24</sup> CUPIS. Adriano de. **Os Direitos da Personalidade**. Campinas: Romana, 2004, p. 98.

Art. 7º (VETADO)

Parágrafo único. No caso de morte sem assistência médica, de óbito em decorrência de causa mal definida ou de outras situações nas quais houver indicação de verificação da causa médica da morte, a remoção de tecidos, órgãos ou partes de cadáver para fins de transplante ou terapêutica somente poderá ser realizada após a autorização do patologista do serviço de verificação de óbito responsável pela investigação e citada em relatório de necropsia.

Art. 8º Após a retirada de tecidos, órgãos e partes, o cadáver será imediatamente necropsiado, se verificada a hipótese do parágrafo único do art. 7º, e, em qualquer caso, condignamente recomposto para ser entregue, em seguida, aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para sepultamento. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

Art. 9º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do § 4º deste artigo, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea. (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001)

§ 1º e § 2º (VETADO)

§ 3º Só é permitida a doação referida neste artigo quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos ou partes do corpo cuja retirada não impeça o organismo do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade e não represente grave comprometimento de suas aptidões vitais e saúde mental e não cause mutilação ou deformação inaceitável, e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

§ 4º O doador deverá autorizar, preferencialmente por escrito e diante de testemunhas, especificamente o tecido, órgão ou parte do corpo objeto da retirada.

§ 5º A doação poderá ser revogada pelo doador ou pelos responsáveis legais a qualquer momento antes de sua concretização.

§ 6º O indivíduo juridicamente incapaz, com compatibilidade imunológica comprovada, poderá fazer doação nos casos de transplante de medula óssea, desde que haja consentimento de ambos os pais ou seus responsáveis legais e autorização judicial e o ato não oferecer risco para a sua saúde.

§ 7º É vedado à gestante dispor de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo vivo, exceto quando se tratar de doação de tecido para ser utilizado em transplante de medula óssea e o ato não oferecer risco à sua saúde ou ao feto.

§ 8º O auto-transplante depende apenas do consentimento do próprio indivíduo, registrado em seu prontuário médico ou, se ele for juridicamente incapaz, de um de seus pais ou responsáveis legais

A redação legal, demonstra a cabal necessidade de se relacionar os conceitos médicos e os conceitos jurídicos ((bio)ética e (bio)direito), consubstanciada em regras normativas dotadas de efetividade jurídica para sua aplicabilidade. Muito embora seja de extrema delicadeza tal assunto, deve-se observar que o transplante, permitido por lei, instituído pela família ou pelo falecido, concede a outros a possibilidade de sobreviver, observa-se ainda,

algumas codificações esparsas pelo ordenamento jurídico, como a Resolução CFM 1.480/1997; a Lei 9.434/1997, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Transplantes; o Decreto 2.268/1997, que definiu o cadastro Único de Receptores; e a Portaria 2.600/2009 que aprovou o regulamento do Sistema Nacional de Transplantes.

A ocorrência do mesmo fato, pode ser interpretada de diversas formas, nesse sentido, para a Medicina, a morte representa a finalização da relação contratual entre médico e paciente, já para o Direito, findam-se alguns direitos e concede direitos a outros, no caso da sucessão.

Nessa esteira, a morte pode ser perpetrada de diversas formas, seja de forma natural, seja por força de agente externo. A primeira pode ser relacionada a questões de doença/saúde, e a segunda, por força de outrem, seja através do aborto ou homicídio, ou suas tentativas.

A ortotanásia se apresenta como forma útil às duas situações expostas, uma vez que, seja pelo fim natural da vida, ou sequelas de atentados por agentes externos, pode-se diminuir o sofrimento geral com a atividade primordial da ortotanásia.

### 1.3 Ortotanásia

Como já citado, a doutrina entende que há alguns tipos de morte, seja clínica, encefálica, entretanto, tem-se que observar as diversas formas de se morrer. De forma inicial, apresenta-se a ortotanásia, que nas palavras de Débora Gozzo e Wilson Rocardio Ligiera é:

Trata-se da morte em seu tempo adequado, não combatida com os métodos extraordinários e desproporcionais utilizados na distanásia, nem apressada por ação intencional externa, como na eutanásia. É uma aceitação da morte, pois permite que ela siga seu curso. É prática “sensível ao processo de humanização da morte, ao alívio das dores e não incorre em prolongamentos abusivos com aplicação de meios desproporcionados que imporiam sofrimentos adicionais”. Indissociável da ortotanásia é o cuidado paliativo, voltado à utilização de toda a tecnologia possível para aplacar o sofrimento físico e psíquico do enfermo. Evitando métodos extraordinários e excepcionais, procura-se aliviar o padecimento do doente terminal pelo uso de recursos apropriados para tratar os sintomas, como a dor e a depressão<sup>13</sup>. O cuidado paliativo pode envolver o que se denomina duplo efeito: em determinados casos, o uso de algumas substâncias para controlar a dor e a angústia pode aproximar o momento da morte. A diminuição do tempo de vida é um efeito previsível sem ser desejado, pois o objetivo primário é oferecer o máximo conforto possível ao paciente, sem intenção de ocasionar o evento morte.<sup>25</sup>

Doutro modo, verifica-se que tal opção não é muito tratada, nesse sentido a exposição de motivos da Resolução nº 1.805/2006 do CFM apresenta que:

---

<sup>25</sup> GOZZO, D.; LIGIERA, W.R. **Bioética e direitos fundamentais**, 1ª Edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2012. 9788502163126. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502163126/>. Acesso em: 09 mai 2021



Aprendemos muito sobre tecnologia de ponta e pouco sobre o significado ético da vida e da morte. Um trabalho publicado em 1995, no *Archives of Internal Medicine*, mostrou que apenas cinco de cento e vinte e seis escolas de medicina norte-americanas ofereciam ensinamentos sobre a terminalidade humana. Apenas vinte e seis dos sete mil e quarenta e oito programas de residência médica tratavam do tema em reuniões científicas. Despreparados para a questão, passamos a praticar uma medicina que subestima o conforto do enfermo com doença incurável em fase terminal, impondo-lhe uma longa e sofrida agonia. Adiamos a morte às custas de insensato e prolongado sofrimento para o doente e sua família. A terminalidade da vida é uma condição diagnosticada pelo médico diante de um enfermo com uma doença grave e incurável; portanto, entende-se que existe uma doença em fase terminal e não um doente terminal. Nesse caso, a prioridade passa a ser a pessoa doente e não mais o tratamento da doença.<sup>26</sup>

Conforme será abordado com amplitude no próximo capítulo, deve-se observar que a ortotanásia em conjunto com os cuidados paliativos se apresentam como forma efetiva de terminar o processo vital de um paciente.

---

<sup>26</sup> CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805, de 09 de novembro de 2006. **Tratamentos na Terminalidade da Vida**. Diário Oficial da União. Brasília, 2006. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

## CAPÍTULO 2. ORTOTANÁSIA LEGISLAÇÃO COMPARADA E BRASIL

O Brasil não possui legislação específica que regulamente, ou criminalize a ortotanásia, nem a eutanásia. O que se possui é o entendimento sobre a não aceitação da eutanásia, sendo, portanto, um crime, e, quando analisada caso a caso, e dependendo da conduta do agente, pode se encaixar na previsão de homicídio, auxílio ao suicídio, ou ainda ser considerada atípica. Aos olhos do Direito Penal Brasileiro, a eutanásia se enquadra no artigo 121 do Código Penal Brasileiro, podendo aplicar-se a causa de diminuição contida no parágrafo 1º<sup>27</sup> do artigo citado.

A doutrina penalista, entende a ortotanásia como uma espécie de eutanásia passiva, em que o delito se concretiza na ação omissiva do agente. Aplica-se, portanto, as mesmas penas nos termos citados acima, mesmo que haja consentimento de um para com o outro. Muito embora não seja essa interpretação que deve ser dada à ortotanásia.

Sobre o consentimento, importante as palavras de Guilherme Souza Nucci, comungando de seu entendimento sobre o assunto:

Atualmente, somente para exemplificar, vem sendo praticada a ortotanásia, aprovada, inclusive, como conduta ética dos médicos pela Resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina: “Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal” (DOU 28.11.2006, Seção I, p. 169). Cuida-se de procedimento comum nos hospitais, apoiado não somente pelos médicos, mas pelos próprios interessados – os pacientes terminais – e seus parentes. Atinge o âmbito do consentimento do ofendido, mas, antes de tudo, consiste em conduta socialmente adequada, logo, atípica.<sup>28</sup>

Com tais considerações, vê-se a necessidade de se aprofundar sobre efetivamente o que é a ortotanásia, bem como quando, para a Medicina, ela é indicada a ser realizada, com uma morte digna ao paciente.

---

<sup>27</sup> § 1º Se o agente comete o crime impellido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro**. Artigo 121º do Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Diário Oficial da União. Brasília, 31 de dezembro de 1940. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 31 jul. 2021.

<sup>28</sup> NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. São Paulo: Grupo GEN, 2021. 9788530993443. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530993443/>. Acesso em: 31 jul. 2021.

## 2.1 O que é a Ortotanásia e quando a Ortotanásia é recomendada

A ortotanásia representa o não prolongamento artificial da vida, sendo o processo natural até se chegar na morte do paciente. Como dito, representa uma forma mais correta de terminalidade da vida, deve-se de toda forma, observar que tal atitude deve ser tomada em consonância com as orientações médicas e, principalmente, com total convicção do paciente.

Como anotado por Kilda Mara Sanchez y Sanches e Eliane Maria Fleury Seidl:

Ortotanásia é o não-investimento de ações obstinadas, e mesmo fúteis, que visam postergar a morte de um indivíduo cuja doença de base insiste em avançar acarretando a falência progressiva das funções vitais. Na medida em que recursos terapêuticos não conseguem mais restaurar a saúde, as tentativas técnicas tornam-se uma futilidade ao intensificarem esforços para manter a vida. Trata-se, portanto, de um conceito relacionado aos cuidados paliativos (Reiriz et al., 2006; Pessini, Bertachini, 2004), ou seja, cuidados dispensados à pessoa cuja doença não tem possibilidades de cura.<sup>29</sup>

Assim, a ortotanásia busca, em um processo natural e sem sofrimento, deixar se esvaír a vida do paciente, com o encerramento de todas as funções vitais, sem interferência externa a esse fato. De toda sorte, a ortotanásia caminha intimamente com cuidados paliativos, que concedem ao paciente melhores condições de se terminar a vida.

De forma geral, o direito não se furta a observar tais fenômenos com total enfoque, verifica-se que em campo doutrinário se tem diversas concepções sobre o assunto, entretanto, os tribunais pátrios ainda não acompanharam essa evolução da mentalidade social sobre o tema da morte. Convém, portanto, trabalhar de forma conjunta com os estudos da medicina sobre o tema, para que se aproxime de sua melhor compreensão.

Nesse sentido, em 2006, o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM nº 1.805/06, resolveu que:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou seu representante legal.<sup>30</sup>

Em sua exposição de motivos, o CFM assenta que:

---

<sup>29</sup> Sanchez y Sanches, Kilda Mara e Seidl, Eliane Maria Fleury **Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2013, v. 17, n. 44 pp. 23-34. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/icse/a/R4CFGYZqSt4P5z7VjWvfLKb/?lang=pt#>>. Epub 21 Maio 2013. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100003>. Acesso em: 22 set. 2021.

<sup>30</sup> CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805, de 09 de novembro de 2006. **Tratamentos na Terminalidade da Vida**. Diário Oficial da União. Brasília, 2006. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

Ocorre que nossas UTIs passaram a receber, também, enfermos portadores de doenças crônico-degenerativas incuráveis com intercorrências clínicas as mais diversas e que são contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se para os últimos, com frequência, pode-se alcançar plena recuperação, para os crônicos pouco se oferece além de um sobreviver precário e, as vezes, não mais que vegetativo. É importante ressaltar que muitos enfermos, vítimas de doenças agudas, podem evoluir com irreversibilidade do quadro. Somos expostos à dúvida sobre o real significado da vida e da morte. Até quando avançar nos procedimentos de suporte vital? Em que momento parar e, sobretudo, guiados por que modelos de moralidade?<sup>31</sup>

Tais ponderações trazem uma melhor perspectiva da realidade dentro da atual conjuntura do sistema de atendimento médico brasileiro, isso porque, em diversas situações o médico se aproxima de situações em que o enfermo já está em estado vegetativo, sem chances técnicas de se recuperar.

Mais adiante, em sua exposição de motivos, o CFM rememora que a função do médico é “curar às vezes, aliviar muito freqüentemente e confortar sempre.” tratando da doença e não do doente, já que “inevitavelmente cada vida humana chega ao seu final”<sup>32</sup>.

Por fim, a ortotanásia é recomendada quando são ínfimas as chances de retorno ao paciente ao seu estado de saúde pleno, bem como, quando acometido de uma doença incurável, ou que não possui outra perspectiva. Nesse sentido, é uma aplicação para salvaguardar a decisão do enfermo ou a melhor solução para os fatos que se instalaram na vida do paciente.

## 2.2 Normatização da Ortotanásia no ordenamento jurídico brasileiro em comparação à Legislação internacional.

---

<sup>31</sup> CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução n° 1.805, de 09 de novembro de 2006. **Tratamentos na Terminalidade da Vida (Exposição de motivos)**. Diário Oficial da União. Brasília, 2006. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

<sup>32</sup> Novamente, interessante anotação feita pelo Conselho Federal de Medicina nas Exposições de Motivos da Resolução n° 1.805/2006:

“No Brasil, há muito o que fazer com relação à terminalidade da vida. Devem ser incentivados debates, com a sociedade e com os profissionais da área da saúde, sobre a finitude do ser humano. É importante que seja ensinado aos estudantes e aos médicos, tanto na graduação quanto na pós-graduação e nos cursos de aperfeiçoamento e de atualização: as limitações dos sistemas prognósticos; como utilizá-los, como encaminhar as decisões sobre a mudança da modalidade de tratamento curativo para cuidados paliativos; como reconhecer e tratar a dor; como reconhecer e tratar os outros sintomas que causam desconforto e sofrimento aos enfermos; o respeito às preferências individuais e às diferenças culturais e religiosas dos enfermos e seus familiares e o estímulo à participação dos familiares nas decisões sobre a terminalidade da vida. Ressalta-se que as escolas médicas moldam profissionais com esmerada preparação técnica e nenhuma ênfase humanística.”

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução n° 1.805, de 09 de novembro de 2006. **Tratamentos na Terminalidade da Vida (Exposição de motivos)**. Diário Oficial da União. Brasília, 2006. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

O ordenamento jurídico brasileiro não recepciona a ortotanásia com uma regulação direta, ou que demonstre a legalidade de tal prática. O que se tem é a proibição da eutanásia, que seria equiparado ao homicídio.

Ao discorrer sobre a legislação, Ricardo Tavares Carvalho, lembra que:

DEIXAR MORRER NÃO É MATAR A crença de que deixar que a morte de uma pessoa siga seu curso natural (na circunstância da evolução do que chamamos processo ativo de morte) possa ser encarada como crime é comum, pois, de acordo com o Código Penal Brasileiro, matar é considerado fato tipificado que caracteriza crime, seja por comissão (ação) ou omissão. Além disso, se o fato ocorrer no exercício da profissão, por negligência, imprudência ou imperícia, a pena de reclusão será aumentada (art. 121, § 4o do Código Penal).

[...]

Isso aterroriza, indevidamente, o profissional de saúde consciente de uma prática técnica e a serviço do bem-estar do paciente.

[...]

A fase final da vida e o processo ativo de morte devem ser diagnosticados e constituem um processo irreversível que pode durar de dias a semanas. Caracterizada essa fase, entende-se que procedimentos que visem a evitar sua ocorrência serão fúteis, danosos e poderão prolongar o tempo de morte e gerar grande sofrimento. Assim, nessa situação, não há como evitar o resultado, a morte. Portanto, a omissão de procedimentos sustentadores de vida não é penalmente relevante. Portanto, não pode haver criminalização em não se empreender procedimentos fúteis. Entendida dessa forma, a realização de procedimentos para impedir a morte em curso (irreversível) não está de acordo com o que lei permite e poderá ser caracterizado como constrangimento ilegal. Nesse contexto, a falha em proceder uma comunicação completa, clara e verdadeira, além do uso de sedativos ou anestésicos antes de procedimentos sustentadores de vida, podem reduzir a capacidade de resistência.<sup>33</sup>

De toda forma, dentro direito internacional, em alguns países vem aceitando tal prática ou em seu próprio ordenamento já possui mecanismos que garantem eficácia à essa decisão.

Conforme anota Carlos Eduardo Araújo Faiad:

As leis internacionais variam muito em relação à permissão da prática da ortotanásia, de modo que alguns países autorizam a citada conduta restritiva ou suspensiva da terapêutica no caso de pacientes terminais ou sem perspectiva de cura. No entanto, o tema permanece como uma grande controvérsia no mundo jurídico, a ponto de diversos países retrocederem na sua tentativa legislativa de oficialmente regular a prática da ortotanásia, impondo uma solução judicial da controvérsia ante a realidade dos casos concretos (Godinho e Dadalto, 2017, p. 253).<sup>34</sup>

Em 2017, chegou ao Tribunal Superior da Inglaterra e País de Gales um caso emblemático e que ganhou repercussão internacional, uma criança de pouco mais de oito meses acometido de doença genética e hereditária muito rara, com apenas 19 casos

<sup>33</sup> CARVALHO, Ricardo Tavares. D. **Manual da residência de cuidados paliativos**. Barueri, SP: Editora Manole, 2018. 9788520455562. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520455562/>. Acesso em: 12 out. 2021.

<sup>34</sup> FAIAD, Carlos Eduardo Araújo. **Ortotanásia: limites da responsabilidade criminal do médico**. Barueri, SP: Editora Manole, 2020. 9786555760378. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555760378/>. Acesso em: 12 out. 2021.

comprovados cientificamente e publicados na literatura médica<sup>35</sup>. Nessa esteira, interessante o arremate do julgado em questão, onde:

23. É com o coração pesado, mas com total convicção dos melhores interesses de Charlie, que acho que é do melhor interesse de Charlie que eu acesse essas solicitações e decida que o Great Ormond Street Hospital pode suspender legalmente todos os tratamentos, exceto para cuidados paliativos, para permitir que Charlie morra com dignidade.

128. Como o juiz cujo triste dever é tomar esta decisão, eu sei que este é o dia mais sombrio para os pais de Charlie, que fizeram tudo o que podiam por ele e meu coração está com eles como eu sei que o coração de cada pessoa que ouviu este caso trágico durante o curso da semana passada ou assim. Só posso esperar que com o tempo eles venham a aceitar que o único caminho agora no melhor interesse de Charlie é deixá-lo escapar pacificamente e não fazê-lo passar por mais dor e sofrimento.

129. Tendo em conta as autoridades às quais fui encaminhado e que considere cuidadosamente, está claro para mim que a questão que tenho de fazer é se seria do melhor interesse de Charlie fazer o tratamento com nucleosídeos. Tendo concluído que não seria do seu melhor interesse, segue-se que é legal e do melhor interesse de Charlie que a ventilação artificial seja retirada e que os médicos que o tratam forneçam-lhe apenas cuidados paliativos.

130. Concluo com esta nota de procedimento: Já expressei a opinião de que acredito que seria útil, em todos os casos como este, haver alguma forma de Audiência de Resolução de Problemas ou outra forma de mediação em que as partes possam ter conversas confidenciais para ver que terreno comum pode ser alcançado entre eles. Acredito que esse tipo de audiência, seja ela conduzida por Juiz ou alguma outra forma de mediação privada, teria levado a um maior entendimento entre os pais e a equipe clínica neste caso. Não estou dizendo que isso teria necessariamente levado a uma resolução, mas acho que em muitos desses casos levaria e gostaria de pensar que em casos futuros como estas essas tentativas podem ser feitas.<sup>36</sup>

Desta feita, a Suprema Corte Inglesa entendeu a necessidade de serem aplicados os cuidados paliativos ao menor enquanto se espera a vida de esvaír de seu corpo. Vê-se que o juiz, em suas considerações, aponta a enorme gravidade da doença que acometia o enfermo e assim, para que não se prolongasse o sofrimento autorizou o hospital a parar os tratamentos com equipamentos, direcionando aos cuidados paliativos para o final do ciclo vital.

Ainda é de se rememorar emblemático caso do Sumo Pontífice João Paulo II, que optou pela suspensão de todas as intervenções para fornecessem sobrevida, decidindo apenas

<sup>35</sup> RASKIN, Salmo. **O caso Charlie Gard: eutanásia de Estado ou ortotanásia?** O caso do bebê britânico Charlie Gard levanta a discussão: deixar morrer no hospital é eutanásia de Estado ou melhor interesse do paciente? . Veja. 2017. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/letra-de-medico/o-caso-charlie-gard-eutanasia-de-estado-ou-ortotanasia/>. Acesso em: 27 set. 2021.

<sup>36</sup> UNITED KINGDOM. Royal Courts of Justice. Division of Family. **By their application dated 24<sup>th</sup> February 2017, the applicants ask the court to make the following orders: (1) That Charlie, by reason of his minority, lacks capacity to make decisions regarding his medical treatment; (2) that it is lawful, and in Charlie's best interests, for artificial ventilation to be withdrawn; (3) that it is lawful, and in Charlie's best interests, for his treating clinicians to provide him with palliative care only; and (4) that it is lawful, and in Charlie's best interests, not to undergo nucleoside therapy provided always that the measures and treatments adopted are the most compatible with maintaining Charlie's dignity.** GREAT ORMOND STREET HOSPITAL vs (1) Constance Yates (2) Chris Gard (3) Charles Gard (a Child by his Guardian Ad Litem). Relator: The Honorable Mr Justice Francis. Julgamento em 24 de julho de 2017. Royal Court. London, 24 de julho de 2017. Disponível em: <https://www.judiciary.uk/judgments/great-ormond-street-hospital-v-yates-and-gard-24-july-2017/>. Acesso em: 27 set. 2021. Tradução livre.

receber a medicação que aliviasse sua dor e sofrimento, vindo a falecer no Palácio Apostólico, à Praça de São Pedro no Vaticano. Muito antes de sua condição física se debilitar, em sua encíclica papal *Evangelium Vitae*, o papa condena a distanásia e se manifesta favorável aos cuidados paliativos, em último grau, favorável à morte com dignidades, destacam-se dois trechos de grande importância:

Na medicina actual, têm adquirido particular importância os denominados « *cuidados paliativos* », destinados a tornar o sofrimento mais suportável na fase aguda da doença e assegurar ao mesmo tempo ao paciente um adequado acompanhamento humano. Neste contexto, entre outros problemas, levanta-se o da licitude do recurso aos diversos tipos de analgésicos e sedativos para aliviar o doente da dor, quando isso comporta o risco de lhe abreviar a vida. Ora, se pode realmente ser considerado digno de louvor quem voluntariamente aceita sofrer renunciando aos meios lenitivos da dor, para conservar a plena lucidez e, se crente, participar, de maneira consciente, na Paixão do Senhor, tal comportamento « heróico » não pode ser considerado obrigatório para todos. Já Pio XII afirmara que é lícito suprimir a dor por meio de narcóticos, mesmo com a consequência de limitar a consciência e abreviar a vida, « se não existem outros meios e se, naquelas circunstâncias, isso em nada impede o cumprimento de outros deveres religiosos e morais ». [79] É que, neste caso, a morte não é querida ou procurada, embora por motivos razoáveis se corra o risco dela: pretende-se simplesmente aliviar a dor de maneira eficaz, recorrendo aos analgésicos postos à disposição pela medicina. Contudo, « não se deve privar o moribundo da consciência de si mesmo, sem motivo grave »: [80] quando se aproxima a morte, as pessoas devem estar em condições de poder satisfazer as suas obrigações morais e familiares, e devem sobretudo poder-se preparar com plena consciência para o encontro definitivo com Deus.

Quando, depois, a existência terrena se encaminha para o seu termo, é ainda a caridade que encontra as modalidades mais oportunas para os idosos, sobretudo se não-autosuficientes, e os chamados doentes terminais poderem gozar de uma assistência verdadeiramente humana e receber respostas adequadas às suas exigências, especialmente à sua angústia e solidão. Nestes casos, é insubstituível o papel das famílias; mas estas podem encontrar grande ajuda nas estruturas sociais de assistência e, quando necessário, no recurso aos *cuidados paliativos*, valendo-se para o efeito dos idóneos serviços clínicos e sociais, sejam os existentes nos edifícios públicos de internamento e tratamento, sejam os disponíveis para apoio no domicílio.<sup>37</sup>

Novamente, recorre-se à Carlos Eduardo Araújo Faiad<sup>38</sup>, quando anota sobre alguns casos emblemáticos de países mundo afora, notadamente ao caso italiano de Eluana Englaro,

---

<sup>37</sup> IOANNES PAULUS PP. II. Carta Encíclica. **EVANGELIUM VITAE**, Vaticano, 25 03 1995. Encíclica Papal. Disponível em: [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_25031995\\_evangelium-vitae.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html). Acesso em: 27 set. 2021.

<sup>38</sup> **O PRECEDENTE ITALIANO: O CASO ELUANA ENGLARO**

Segundo nos narram André Dias Pereira, doutor em Direito, e Mafalda Francisco Matos, mestre em Direito Penal, em Tratado brasileiro sobre o direito fundamental à morte digna (Godinho, 2017), o caso Eluana Englaro foi emblemático na Itália da década de 1990 ao colocar em uma discussão de característica plural – jurídica, política, religiosa e social – os temas do fim de vida e da ortotanásia.

Ocorreu que, em janeiro 1992, a jovem italiana Eluana foi vítima de um acidente automobilístico que a condenou a um estado vegetativo persistente, caracterizado pela completa ausência de função voluntária da pessoa, de forma a permanecer restrita ao leito em uma espécie de coma profundo, no qual só subsiste a parte automática de funcionamento do cérebro, sendo possível somente uma reação básica de reflexo, como sucção ou reação de acompanhamento do olhar (Jennet, 2002).

que remonta à década de 1990, que sofreu um acidente em 1992 e estava em coma desde então, tal situação se encerrou apenas em 2008, quando a *Corte d'Apello Civile di Milan*, autorizou a interrupção da alimentação por sonda que mantinha Eliana viva, e, após seis dias, veio a falecer.

Noutros países, como lembrado por Edlaine de Campos Gomes e Rachel Aisengart Menezes:

A eutanásia é permitida na Holanda, desde 2001, e na Bélgica a partir de 2002. No território norte da Austrália, vigorou uma legislação permitindo a eutanásia voluntária ativa de 1995 até 1997, quando o Parlamento Federal embargou a lei. A maioria dos estados dos Estados Unidos e do Canadá possui legislações que permitem aos médicos a suspensão de tratamentos com a autorização do paciente ou de seu representante. O estado norte-americano do Oregon aprovou uma lei, em 1999, que permite o suicídio assistido por médicos. No Brasil, tanto a eutanásia quanto o suicídio assistido são consideradas práticas ilegais e, conseqüentemente, passíveis de exame pelo Poder Judiciário.<sup>39</sup>

---

Após algum tempo em suporte artificial de vida por meio do oferecimento de hidratação e alimentação, o pai de Eluana, solicitou a retirada da sonda de alimentação artificial para que a filha pudesse morrer naturalmente. Na ocasião, argumentou que a filha, antes do sinistro em questão e em plena consciência, havia se manifestado no sentido de que preferiria morrer no caso de algum acidente ou doença que a deixasse em coma prolongado ou estado vegetativo, tendo, portanto, supostamente expressado recusa ao prolongamento de sua vida de modo artificial, como vinha ocorrendo. Nesse sentido, a pretensão jurídica do pai de Eluana se calcou no art. 32 da Constituição da República Italiana, cuja tradução assim determina: “Ninguém pode ser obrigado a um determinado tratamento sanitário senão por disposição legal. A lei não pode em caso algum violar os limites impostos pelo respeito pela pessoa humana” (Godinho, 2017).

Após longo curso processual, sobreveio a sentença da Suprema Corte Italiana em 2007, que decidiu pelo reconhecimento do direito à autodeterminação terapêutica, mesmo no caso da existência de incapacidade de manifestação da vontade, desde que conhecido o desejo do titular desse direito por declaração proferida antes da queda em estado vegetativo, de tal sorte que a referida vontade poderá ser legitimamente expressa em juízo pelo seu representante legal.

Entretanto, conforme esclarece Miguel João de Almeida Costa (2009), o tribunal italiano, por ocasião do referido julgamento, condicionou a possibilidade de suspensão do suporte vital à verificação de dois requisitos:

i) que, segundo uma rigorosa apreciação clínica, a condição de estado vegetativo é irreversível e não há qualquer fundamento médico, à luz das *leges artis* reconhecidas a nível internacional, que permitam supor sequer a mínima possibilidade de recuperação da consciência e de regresso a uma percepção ao mundo externo e que  
ii) com base em elementos de prova claros, unívocos e convincentes, a interrupção da alimentação é a expressão fiel da própria voz da paciente, face às suas precedentes declarações e à sua personalidade, estilo de vida e convicções, correspondentes ao seu modo de conceber, antes de ter caído em estado de inconsciência, a própria ideia de dignidade da pessoa. (Costa, 2009)

Em 9 de julho de 2008, a Corte d'Apello Civile di Milano autorizou o pai de Eluana, enquanto seu curador, que interrompesse a alimentação forçada por sonda que a mantinha viva, de modo que a paciente, após mais de dezessete anos em coma, foi transferida em 3 de fevereiro de 2009 do domicílio onde residia para uma clínica na qual uma equipe de voluntários iniciou a cessação da hidratação e alimentação artificial, vindo a paciente a falecer seis dias após.

FAIAD, Carlos Eduardo Araújo. **Ortotanásia: limites da responsabilidade criminal do médico**. Barueri, SP: Editora Manole, 2020. 9786555760378. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555760378/>. Acesso em: 12 out. 2021.

<sup>39</sup> GOMES, Edlaine de Campos e MENEZES, Rachel Aisengart. **Aborto e eutanásia: dilemas contemporâneos sobre os limites da vida**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2008, v. 18, n. 1 [Acessado 27 Setembro 2021], pp. 77-103. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000100006>>. Epub 15 Jul 2008. ISSN 1809-4481.. Acesso em: 27 set. 2021.



Em 1989, o primeiro caso que se referia ao direito de morrer chegou à Suprema Corte dos Estados Unidos, trata-se do caso *Cruzan by Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*<sup>40</sup>, que, em linhas gerais, apresenta que uma mulher se acidentou em 1983, permanecendo em estado vegetativo desde então. Os pais e, logicamente, representantes da paciente, optaram pela cessação da atividade dos aparelhos que a mantinham viva. Entretanto, os funcionários do hospital não o fizeram, sem antes uma decisão judicial.

---

<sup>40</sup> **Resumo de opinião de Justia e anotações**

**Holding Primária**

Provas claras e convincentes da recusa de um indivíduo em receber suporte vital são necessárias para que uma família cancele o suporte vital para aquele indivíduo se o estado decidir se opor à decisão da família.

**Fatos**

Este caso surgiu de um acidente de carro em 11 de janeiro de 1983, quando Nancy Cruzan perdeu o controle de seu veículo e foi jogada em uma vala com água parada. Ela foi encontrada deitada de bruços na água e nenhum sinal vital foi observado inicialmente pelos paramédicos que compareceram ao local. Os paramédicos ressuscitaram Cruzan, e ela recebeu tratamento adicional da equipe do hospital enquanto passava as três semanas seguintes em coma. Os médicos disseram a sua família que ela provavelmente permaneceria permanentemente em estado vegetativo, mas sua vida poderia ser preservada por um tempo substancial usando um tubo de alimentação.

A família de Cruzan procurou interromper seu suporte de vida por meio do tubo de alimentação, acreditando que ela preferia morrer a permanecer em estado vegetativo. A família baseou essa crença em declarações que Cruzan havia feito ao longo de sua vida de que ela não gostaria de viver como um vegetal. Quando eles apresentaram essas evidências, no entanto, um tribunal do Missouri concluiu que não atendia ao requisito imposto pelo estado de evidências claras e convincentes necessárias para estabelecer o desejo de uma pessoa de renunciar ao suporte vital.

**Questões e participações**

Questão: Se existe o direito de encerrar o suporte vital, presumindo que o padrão de evidências apropriado seja atendido.

Segurando: Sim.

**Opiniões**

**Maioria**

William Hubbs Rehnquist (autor)

Byron Raymond White

Sandra Day O'Connor

Antonin Scalia

Anthony M. Kennedy

Embora deixando claro que a cláusula de devido processo da décima quarta emenda apoiava o direito de recusar tratamento médico, como parte do direito à privacidade, a maioria concordou com a Suprema Corte do Missouri que a família de Cruzan não havia apresentado provas suficientemente claras e convincentes. Ele descobriu que as declarações perdidas de Cruzan ao longo de sua vida não eram suficientemente específicas para concluir que ela não desejaria tratamento médico ou sonda de alimentação. A maioria também rejeitou a noção de que os familiares seriam capazes de substituir o julgamento de um paciente individual por seu próprio julgamento, a menos que pudessem mostrar claramente que o paciente compartilhava de seus pontos de vista.

**Comentário do Caso**

O caso não se pronunciou de forma mais geral sobre a existência do direito de morrer. Em vez disso, a Corte cautelosamente limitou sua decisão ao ônus probatório nessas situações. O Cruzan ainda se mostrou influente, no entanto, no incentivo ao uso de diretivas de cuidados de saúde avançados, nas quais os indivíduos podem declarar suas preferências sobre o assunto com antecedência, caso não sejam capazes de torná-las claras quando necessário.

Depois que o apelo foi ouvido, a família finalmente encontrou provas mais convincentes de que Nancy Cruzan teria recusado o suporte vital. O tribunal de primeira instância foi persuadido de que o padrão foi cumprido e ordenou que ela fosse removida do suporte vital em dezembro de 1990.

Cruzan v. Diretor, Missouri Dept. of Health, 497 US 261 (1990) – Disponível em: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/497/261/#tab-opinion-1958401>. Acesso em: 27 set. 2021.

Assim, o caso foi levado à *US Supreme Court* que assentou o seguinte:

Em uma decisão de 5 a 4, o Tribunal considerou que, embora os indivíduos tivessem o direito de recusar tratamento médico de acordo com a cláusula do devido processo, os incompetentes não podiam exercer tais direitos. Na ausência de evidências "claras e convincentes" de que Cruzan desejava que o tratamento fosse retirado, a Corte considerou constitucionais as ações do Estado de Missouri destinadas a preservar a vida humana. Como não havia garantia de que os familiares sempre agiriam no melhor interesse dos pacientes incompetentes e porque as decisões errôneas de suspender o tratamento eram irreversíveis, o Tribunal manteve os elevados requisitos de prova do estado.<sup>41</sup>

O apelo final, restou na questão sobre provas da vontade da paciente, não tendo sido enfrentado, diretamente, o direito de morrer que foi aventado no início do processo.

### 2.3 Recomendações sobre Ortotanásia e cuidados paliativos.

Tendo em vista as novas concepções sociais trazidas à baila, nos últimos anos tanto no plano internacional quanto nacional. Como já dito, a ortotanásia se apresenta como uma forma de morrer; isto é, o não prolongamento artificial da vida, seja por medicamento, seja por aparelhos. Já os cuidados paliativos são forma de diminuir o sofrimento do paciente, não prolongando a vida, mas minimizando as dores desse processo até a morte.

A decisão deve ser sempre baseada na maior quantidade de informações concedidas pelo médico ao paciente, de forma a conceder uma plenitude de informações objetivando a melhor decisão de como será o final do processo vital. Para tanto, o paciente pode optar pela via da ortotanásia como diretiva de última vontade. Os cuidados paliativos não são, necessariamente, aplicados no final do processo vital, por vezes deve ser estendido ao paciente e sua família durante todo o tratamento, acompanhando o tratamento medicamentoso inclusive.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu os cuidados paliativos como:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais<sup>42</sup>

<sup>41</sup> ESTADOS UNIDOS. US Supreme Court. Supreme Court of Missouri. **497 US 261**. Relator: Rehnquist, White, O'Connor, Scalia, Kennedy, O'Connor, Scalia, Brennan, Marshall, Blackmun, Stevens. Julgamento em 25 de junho de 1990. Decidido, 25 de junho de 1990. Disponível em: <https://www.oyez.org/cases/1989/88-1503>. Acesso em: 27 set. 2021.

<sup>42</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Organização Mundial da Saúde. **National cancer control programmes : policies and managerial guidelines, 2nd ed**: Cuidados paliativos - INCRA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília, 2021. Disponível

Nesse sentido, resta claro que os cuidados paliativos possuem extrema relevância e importância a nível internacional. Importa, de outra forma, que se apresente como uma alternativa contrária a invasão terapêutica medicamentosa de forma mais incisiva.

Os cuidados paliativos se apresentam sendo uma forma de atenuar as dificuldades que se passam pela chegada da morte, tal qual a ortotanásia, objetivando o morrer bem, em tranquilidade, sem dor.

Digno de nota é que ainda se tem um estigma equivocado na sociedade sobre os cuidados paliativos. Durante uma das reuniões do Senado Federal na CPI da Covid, o Senador da República Otto Alencar, asseverou que os cuidados paliativos são equiparados à eutanásia; que, diga-se novamente, é proibido pela legislação brasileira; adiante, ainda cita os médicos paliativistas como profissionais macabros.

Tais observações se fizeram no bojo de uma reunião acompanhada por grande parte da população, bem como com ampla divulgação em diversos meios de comunicação. Assim, necessários que tais ponderações sejam desmistificadas, já que os cuidados paliativos não são algo apresentado como foram durante a Comissão Parlamentar de Inquérito.

Na sessão subsequente, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, na melhor forma, apresentou o que realmente são os cuidados paliativos, por oportuno e necessário a nota técnica da ANCP foi lida integralmente pelo Senador da República Humberto Costa.

Diferentemente do que foi apontado durante a sessão da CPI, os cuidados paliativos visam a melhor forma, para o paciente e seus familiares, de minimizar a dor por uma boa qualidade de encerramento do processo vital.

Como lembra Gisela Biagio Llobet e Ricardo Tavares de Carvalho:

A pandemia da COVID-19 tem trazido novas barreiras para o cuidado em saúde, especialmente a necessidade de distanciamento físico e social, além de acentuar dificuldades preexistentes. Entretanto, alguns desses desafios/barreiras já fazem parte das competências naturais para a boa atuação de equipes de Cuidado Paliativo (CP), como assistência a populações vulneráveis e em fim de vida, habilidades de comunicação refinadas, tomada de decisões complexas, trabalho em equipe, manejo de sintomas desafiadores etc.

[...]

A abordagem em Cuidado Paliativo oferece ampla assistência a pacientes e familiares, com enfoque em alívio de sofrimento e promoção de qualidade de vida. Na crise ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2, as habilidades dessa especialidade são cruciais e representam grande auxílio às equipes assistentes em ambientes de cuidados críticos.

Pacientes idosos, com baixa funcionalidade e multimorbidades apresentam risco de evolução desfavorável por COVID-19. Esses pacientes apresentam maiores taxas de admissão em UTI, uso de ventilação mecânica e drogas vasoativas, sintomas mais onerosos e maior mortalidade relacionados à doença.

A abordagem precoce com enfoque em cuidados paliativos tem grande potencial para adequar objetivos de cuidados aos valores do paciente e proporcionar cuidado integral para pacientes e familiares. A equipe assistencial, intensamente envolvida no cuidado, pode ser também acolhida dentro de limites e isso contribuiu para manutenção da motivação, para além do cansaço e do sofrimento pessoal. No HCFMUSP e em diversos centros no mundo, a disseminação de conhecimento específico para comunicação, tomada de decisão e manejo de sintomas promovida por equipes de Cuidado Paliativo provou-se inestimável.<sup>43</sup>

Esse cuidado, por vezes é concedido desde a descoberta da doença e em conjunto com os médicos especialistas, tratam de forma plena a evolução e tratamento do paciente e sua família.

De acordo com Mariana Sarkis Braz e Maria Helena Pereira Franco:

Utilizar cuidados paliativos desde o início do tratamento curativo possibilita, para o paciente e sua família, contato com a equipe de profissionais responsáveis e, à medida que a doença crônica progressiva evolui e o tratamento curativo perde sua eficácia em controlá-la ou modificá-la, os cuidados paliativos se tornam mais necessários, até figurarem como exclusivos em virtude do quadro de incurabilidade.<sup>44</sup>

Mesmo assim, por vezes os cuidados paliativos são introduzidos no tratamento apenas em seu estágio final, visando o conforto e as limitações terapêuticas no fim do processo de forma integral.

De toda forma, deve-se compreender que os cuidados paliativos devem ser destinados aos pacientes a todo o período de tratamento de qualquer doença, isso porque ele representa um efetivo acompanhamento da evolução da doença, dando suporte durante todo o processo, não sendo, necessariamente, aplicado apenas quando o fim da vida já se aproxima.

---

<sup>43</sup> VELASCO, Irineu. T. ; RIBEIRO, Sabrina Corrêa da C. **Cuidados paliativos na emergência**. Barueri, SP: Editora Manole, 2020. 9786555763102. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555763102/>. Acesso em: 12 out. 2021.

<sup>44</sup> Braz, Mariana Sarkis e Franco, Maria Helena Pereira. **Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado**. Psicologia: Ciência e Profissão [online]. 2017, v. 37, n. 1 [Acessado 9 Outubro 2021] , pp. 90-105. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>>. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>.

### CAPÍTULO 3. CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos, como dito, trata-se do melhor atendimento que atenua o sofrimento do paciente e sua família, da mesma forma que não deve ser encarado com o fim do processo vital, já que este, pode conceder outras percepções aos familiares. Tem-se que os cuidados paliativos são um acompanhamento integral, desde a descoberta da doença até sua cura, ou até depois da morte do paciente.

A utilização do termo remonta à década de 1960, no Reino Unido, no sentido de salvaguardar o que não pode ser remediado. Conforme anota Meiriany Arruda Lima e Camilo Manchola-Castillo:

Quanto à origem do termo, a palavra “paliativo” tem sua origem no substantivo *pallium*, que significa “manto” ou “coberta” (metaforicamente, tapar, cobrir, resguardar aquilo que não pode ser curado), e no verbo *palliare* (proteger), que remetem a uma interpretação ampliada do cuidado, não restrita à cura física, mas capaz de abranger outros aspectos da essência humana: espirituais, sociais e psicológicos. Oficialmente, os cuidados paliativos surgem na década de 1960, no Reino Unido. O objetivo inicial era proporcionar um ambiente seguro e confortável para a pessoa que recebe o diagnóstico de uma doença grave, sem possibilidades terapêuticas de cura.<sup>45</sup>

A implementação dos cuidados paliativos passa pela vida de *Dame Cicely Saunders*, enfermeira, assistente social e médica, tinha profundo interesse em controle da dor e nos cuidados dos pacientes em estado terminal. Inaugurou em 1967 o *St Christopher's Hospice*<sup>46</sup> considerado um dos primeiros hospitais dedicados aos cuidados paliativos que se tem notícia.

Tal histórico mostra o quão importante foi a vida e dedicação profissional de *Dame Cicely Saunders*, tal dedicação lhe rendeu diversos prêmios e títulos importantes, inclusive o de Dama do Império Britânico, por sua dedicação aos que necessitavam de cuidados especiais e de toda sua obra que se chegou no mundo inteiro, sendo tão importante atualmente. Com sua contribuição, em 1987 o Colégio Real dos Médicos reconheceu os cuidados paliativos como uma nova especialidade médica.

---

<sup>45</sup> LIMA, Meiriany Arruda e MANCHOLA-CASTILLO, Camilo. **Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao “bem morrer”**. Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 2 [Acessado 9 Outubro 2021], pp. 268-278. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>>. Epub 6 Set 2021. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>.

<sup>46</sup> MENDONÇA, Karine R. **Princípios dos cuidados paliativos**. Porto Alegre, RS: Grupo A, 2018. 9788595027558. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595027558/>. Acesso em: 12 out. 2021.

A Organização Mundial da Saúde “recomendou que o controle efetivo da dor e dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos deve integrar as políticas públicas de saúde”<sup>47</sup>. O Brasil adotou tal recomendação, fazendo a inclusão dos cuidados paliativos na Política Nacional de Humanização de Saúde.

Nesse sentido, Márcia Rodríguez Básquez Pauferro diz que:

O cuidado paliativo tem como objetivos: afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal; nem encurtar, nem prolongar a vida; proporcionar alívio da dor e outros sintomas estressantes; oferecer um sistema de apoio para os pacientes; e oferecer um sistema de apoio para ajudar a família e o paciente a enfrentar o adoecimento e a morte.<sup>48</sup>

A partir de 2018, com a Resolução nº 41<sup>49</sup> do ministério da Saúde, os cuidados paliativos passaram a ser organizados no âmbito do Sistema Único de Saúde, em síntese, a resolução “Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).”

### 3.1 Quando são aplicados os cuidados paliativos

Para melhor elucidar quando devem ser aplicado os cuidados paliativos, necessário se faz voltar-se à medicina, isso porque, dentro do direito, não se pode determinar numa via legal

<sup>47</sup> LIMA, Meiriany Arruda e MANCHOLA-CASTILLO, Camilo. **Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao “bem morrer”**. Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 2 [Acessado 9 Outubro 2021], pp. 268-278. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>>. Epub 6 Set 2021. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>.

<sup>48</sup> CAMILLO, Carlos.Eduardo. N.; SILVA, Paulo.Fraga. D.; ROCHA, Renata. D.; CAMPATO, Roger. F. **Biodireito, Bioética e Filosofia em Debate**. Lisboa: Grupo Almedina (Portugal), 2020. 9786556271118. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786556271118/>. Acesso em: 12 out. 2021.

<sup>49</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 41, de 30 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de novembro de 2018, ano 2018. Disponível em: [https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710](https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710). Acesso em: 9 out. 2021.

Art. 1º Dispor sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da RAS.

Art. 2º Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Parágrafo único: Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição.

[...]

Art. 4º Serão princípios norteadores para a organização dos cuidados paliativos:

I - início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença, e início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;

que sejam aplicados certos tratamentos, já que cabe ao médico decidir a melhor abordagem à cada paciente.

De toda forma, o direito se apresenta para fazer cumprir as decisões do paciente, ou salvaguardar a decisão do médico, sempre objetivando o melhor tratamento ou o melhor final para o paciente.

Convém, portanto, citar a obra de Ricardo Tavares de Carvalho, onde:

De maneira prática, o cuidado é estabelecido por meio de uma relação que envolve boa comunicação, vínculo, responsabilização, respeito e empatia com o paciente e com a família e rede de apoio. Nessa prática, os profissionais trabalham em conjunto, integrando conhecimentos técnicos e particularidades pessoais com foco na prevenção e cuidado do sofrimento humano.

A assistência é focada na pessoa e não na doença. Por esse motivo não se pode cuidar bem de alguém que não se conheça bem como pessoa.

Na conceituação, a OMS indica que o cuidado paliativo deve ocorrer de maneira continuada a partir do diagnóstico e em paralelo ao tratamento modificador da doença (aquele que busca a cura ou controle da doença). Nesse processo, com a evolução da doença, a importância do cuidado paliativo aumenta proporcionalmente até que se torne a única terapêutica cabível durante o processo ativo de morte.<sup>50</sup>

Assim, os cuidados devem ser ministrados a partir da descoberta do diagnóstico delicado e se estender por todo o tratamento. Tem-se em vista que não se trata de um tratamento depreendido apenas no final do processo vital, mas sim durante todo o tempo que se necessite conviver com a doença.

A literatura médica assenta que devem ser observadas particularidades de cada paciente, para assim se definir qual a melhor abordagem ao caso concreto. Para uma melhor aplicação do tratamento a ser realizado, deve-se observar quem é o paciente; qual a funcionalidade atual; qual o diagnóstico; e qual a fase da doença<sup>51</sup>.

Parte-se, portanto, para o foco de não se averiguar se devem ser iniciados os cuidados paliativos, mas sim, quais os cuidados paliativos serão ministrados ao paciente, já que, como dito, os cuidados devem persistir durante todo o período das doenças que ameaçam a vida e são incuráveis.

Karine Mendonça Rodrigues ressalta que:

Devido à dificuldade de avaliar e cuidar do sofrimento, foram estabelecidos critérios de recomendação para cuidados paliativos, considerando sua indicação para pacientes que esgotaram todas as possibilidades de tratamento de manutenção ou

---

<sup>50</sup> CARVALHO, Ricardo Tavares. D. **Manual da residência de cuidados paliativos**. Barueri, SP: Editora Manole, 2018. 9788520455562. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520455562/>. Acesso em: 12 out. 2021.

<sup>51</sup> NICODEMO, Izabel Pernambuco e TORRES, Simone Henriques Bisconsin, **Indicações de cuidado paliativo: os cuidados paliativos recomendados para cada paciente**. in CARVALHO, Ricardo Tavares. D. **Manual da residência de cuidados paliativos**. Barueri, SP: Editora Manole, 2018. 9788520455562. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520455562/>. Acesso em: 12 out. 2021.

prolongamento da vida, que apresentam sofrimento moderado a intenso e optam por manutenção de conforto e dignidade da vida.

[...]

Já para o cuidado paliativo brasileiro, os critérios devem ser adaptados à realidade cultural do país, e os serviços oferecidos possuem propostas diferentes de outros locais, por isso, não há uma padronização de como oferecê-los.<sup>52</sup>

Como se viu, deve-se atentar à cada caso para optar pelo melhor tratamento ao paciente, de toda sorte, os mesmos procedimentos realizados em um, pode não ser recomendado a outros, ou ainda, os preceitos presentes nos Estados Unidos, por exemplo, podem não ser indicados à pacientes brasileiros.

### 3.2 Quais são as recomendações do Conselho Federal de Medicina

Existem poucas normas do Conselho Federal de Medicina que versam sobre os cuidados paliativos, destacam-se as portarias 741/2005, 140/2014, 483/2014, todas referentes à atuação dentro das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Para tanto, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, divulgou em 2020 o Atlas de Cuidados Paliativos, analisando os dados que se tinha sobre o ano de 2019. Nesse sentido, importantes considerações foram feitas por especialistas da área, citam-se dois trechos interessantes:

Observa-se porém que mesmo na realidade hospitalar a oferta de Cuidados Paliativos é muito limitada, podendo ser considerada uma exceção no sistema de saúde brasileiro. Considerando-se que o país apresenta pelo menos 2.500 hospitais com mais de 50 leitos, somente 5% deles disponibilizam uma equipe de Cuidados Paliativos. Para efeito de comparação, em um levantamento de 2016 sobre o número de equipes nos Estados Unidos, o *Center for Advanced Palliative Care* encontrou 1.831 equipes, cobrindo mais de 90% dos hospitais norte-americanos com mais de 50 leitos<sup>37</sup>. Outro problema revelado pelo levantamento é a dificuldade que alguns serviços têm de acesso a opioides, fundamentais no tratamento da dor. A ANCP anunciou no ano passado seu apoio à proposta da OMS, segundo a qual países devem criar listas de medicamentos essenciais para Cuidados Paliativos e investir para garantir o amplo acesso a analgésicos, de forma a superar barreiras normativas e restrições de acesso, e reafirma essa visão.

[...]

É gratificante ver que os Cuidados Paliativos continuam a aumentar sua presença, apesar da constante variação em nosso país, através de profissionais de saúde e lideranças políticas que reconhecem cada vez mais sua importância para todos os brasileiros. Alguns desafios, contudo, se impõem a esse processo de expansão, principalmente no tocante à formação profissional e à educação continuada. Há ainda problemas como a escassez de recursos e a falta de entendimento da área por parte da população. A sociedade vem recebendo gradativamente mais informações sobre os Cuidados Paliativos, mas ainda tem dúvidas. O número de profissionais com formação e titulação é crescente, porém a demanda assistencial é maior, e os

---

<sup>52</sup> MENDONÇA, Karine. R. **Princípios dos cuidados paliativos**. Porto Alegre, RS: Grupo A, 2018. 9788595027558. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595027558/>. Acesso em: 12 out. 2021.



investimentos públicos e privados estão aumentando, mas em velocidade inferior à ideal. Dessa forma, o que se faz necessário é acelerar o ritmo. A oferta de Cuidados Paliativos cresceu consideravelmente no país – o número de serviços passou de 2, na década de 80, para 191 em 2019 – só que ainda não atinge todos que necessitam.<sup>53</sup>

Todavia, o CFM entende pela aplicação da Resolução 1.805/2006, de forma a conceder ao médico, a partir de sua relação médico-paciente, a decisão da melhor forma de se tratar do paciente.

Oportuno destacar que além das orientações da medicina, emanadas pelo CFM, importante que sejam consideradas também as decisões do paciente, seja no leito seja por diretivas antecipadas de vontade ou testamento vital.

### 3.3 A atuação do CFM para garantir cuidados paliativos a pacientes em estados Terminais e a morte com dignidade

O Conselho Federal de Medicina, enquanto órgão regulador da profissão, se coloca ao lado da melhor forma de morrer e do cumprimento das diretivas antecipadas de vontade do paciente. Através das resoluções citadas, vê-se um esforço para que, tanto a vontade do paciente, quanto a possibilidade de se escolher o melhor final de apresentaram, principalmente em cada exposição de motivos.

Tal qual a doutrina médica nacional e internacional, o CFM tem se mostrado eficiente na propagação das melhores informações sobre os cuidados paliativos e morte com dignidade. Desde a inclusão e desenvolvimento de tal fomento dentro da medicina brasileira, viu-se um crescimento de profissionais especializados nessa área, bem como uma maior adaptação dos institutos locais para recepcionarem de forma plena os cuidados paliativos.

A liberdade concedida ao médico de conduzir a melhor forma o tratamento de um paciente e a segurança jurídica para tanto, demonstram uma evolução do pensamento da sociedade quanto ao tema.

---

<sup>53</sup> SANTOS, André Filipe Junqueira dos; FERREIRA, Esther Angélica Luiz; GUIRRO, Úrsula Bueno do Prado. **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019** [livro eletrônico]. 1. ed. São Paulo : ANCP, 2020. Acesso em: 12 out. 2021.

## CAPÍTULO 4. COMUNICAÇÃO DAS MÁS NOTÍCIAS E A DIGNIDADE HUMANA

A comunicação é a base da relação médico-paciente. É a partir dessa conversa que diversas doenças podem ser diagnosticadas de forma rápida e necessária. Durante todo o tratamento é mantida uma boa comunicação do profissional para com o paciente e, por vezes, com sua família.

De todo modo, a comunicação é necessária a todo instante, para que sejam apresentadas as melhores formas de se conduzir o tratamento da doença, as opções feitas pelo paciente e de manter os familiares seguros de que serão tomadas as decisões necessárias para o melhor ao paciente.

Entretanto, tal comunicação, por vezes, atravessa um aspecto complicado. Num primeiro momento, a apresentação de um diagnóstico prejudicial à vida, após, todos as atitudes a serem tomadas, e, de forma inevitável, a comunicação da morte. Esta última, a morte de um pai, um filho, um cônjuge, não será fácil para quem receberá tal informação, entretanto, é necessário saber como o fazer, da mesma forma de como conduzir o melhor.

Quando se chega ao ponto das más notícias, o paciente e seus familiares já estão vulneráveis e, portanto, mais sensíveis, assim, um trabalho cuidadoso é necessário nesse momento.

A mudança de uma perspectiva de futuro do paciente, a partir de uma notícia, se enquadra como comunicação de más notícias. Por ser um ser comunicativo, o ser humano necessita sempre estar em contato com outros e o compartilhamento dessas informações também passam por tais critérios.

A Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês elaborou um Manual de Cuidados Paliativos<sup>54</sup> que ajuda na interpretação e na melhor forma de se dar tais notícias. Tal documento, auxilia na melhor prestação de informações e principalmente na condução de diversos aspectos abrangidos pela comunicação.

### 4.1 Orientações sobre como dar as más notícias

---

<sup>54</sup> D’ALESSANDRO, Maria Perez Soares (Coord.); PIRES, Carina Tischler; FORTE, Daniel Neves. **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital SírioLibanês; Ministério da Saúde, 2020. 175 p. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf>. Acesso em: 23 out. 2021.

Não há uma forma absoluta de se dar más notícias que serão aceitas e entendidas integralmente, isso porque, cada ser humano interpreta seus sentimentos de uma forma, ou sente algo em relação à um fato ou uma pessoa.

Como dito, tais comunicações podem ser feitas a respeito de um genitor, um descendente, um irmão, um amigo e assim sucessivamente, dessa forma, no espectro da sociedade, tende-se a ter emoções diferentes à cada um de seu convívio.

Ao receber uma notícia as pessoas, inconscientemente, fazem uma valoração daquela informação. Quando se está diante de uma má notícia, a valoração se torna mais delicada, já que quem a receber pode se sentir insegura e fragilizada.

Nesse sentido:

Em suma, os passos para comunicação de más notícias envolvem: preparação para a comunicação (saber o quanto o paciente sabe e o quanto quer receber de informação, a escolha de um lugar adequado), comunicação em si (usar linguagem acessível, objetiva, demonstrando empatia) e seguimento (resumo da conversa, tirar dúvidas, planejar próximos passos). Sugere-se, para aprofundar o estudo, a leitura do anexo deste protocolo, com exemplos de diálogos disponíveis, e também acessar protocolos validados de comunicação de más notícias, como o protocolo SPIKES.<sup>55</sup>

Nessa mesma linha, Maria Júlia Paes da Silva ressalta que:

Em Cuidados Paliativos é fundamental os profissionais se lembrarem que os pacientes têm direito de que sejamos honestos com eles e de saber o que querem saber (inclusive de declinar informações, se assim o desejarem). Sem as informações sobre a sua doença e prognóstico, não podem participar de seu próprio plano terapêutico, não podem dar seu consentimento informado para o tratamento e não podem replanejar a própria vida e de sua família.

A comunicação honesta e completa só não deve ocorrer se o paciente não é competente para discutir o seu próprio tratamento, se delegar a responsabilidade para outro membro da família ou se a religião ou costume cultural requerer que o homem seja o “cabeça” da família.

Se as pessoas diferem quanto à idade, sexo, religião, condição cultural, familiar, socioeconômica, características da personalidade, não pode haver uma única “fórmula” para conversar com elas. Existem, sim, estratégias que facilitam o encontro terapêutico, que é sempre único.<sup>56</sup>

A comunicação passa por diversos momentos, retroceder à primeira informação é necessário, a descobertas de um diagnóstico grave ou a impossibilidade de cura é a primeira etapa a ser enfrentada pelo profissional, pelo paciente e por sua família. Ricardo Caponero traz a seguinte situação:

Uma experiente cirurgiã oncológica tentava explicar para uma senhora idosa, moradora de uma comunidade carioca, a impossibilidade de ressecção de uma

<sup>55</sup> D’ALESSANDRO, Maria Perez Soares (Coord.); PIRES, Carina Tischler ; FORTE, Daniel Neves [et. al.]. **Manual de Cuidados Paliativos**, São Paulo.: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos--o-final.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

<sup>56</sup> CREMESP, Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p. Disponível em: [https://www.4estacoes.com/pdf/livros\\_digitalizados/livro\\_cuidado\\_paliativo\\_crm.pdf](https://www.4estacoes.com/pdf/livros_digitalizados/livro_cuidado_paliativo_crm.pdf). Acesso em: 12 out. 2021.

neoplasia avançada de ovário. Apesar de toda a tática e o cuidado na comunicação, a senhora parecia não entender o que estava acontecendo. Foi então que a neta resolveu intervir e simplificar, dizendo: “Deu ruim pra tu, vó!”. E foi aí que a velhinha começou a chorar.

[...]

Costumamos dizer que não importa o que se diz, mas como se diz. Embora existam protocolos bem definidos de como se comunicar mas notícias, sua aplicabilidade nem sempre é plena e adequada. E os problemas já se iniciam na determinação do que seja uma informação “adequada”.

Além da grande variabilidade sociocultural, há uma vasta diferença entre o que os médicos acham que devem comunicar (até para fins éticos e legais) e o que os pacientes querem saber.<sup>57</sup>

Muitas vezes, o diagnóstico é extremamente complicado, mas, geralmente, o paciente e seus familiares optam em saber qual o prognóstico, para assim, as vezes aliviar suas próprias considerações sobre o diagnóstico. Ricardo Caponero relembra um aforismo francês “*Dans la médi- ne, comme dans l’amour, ni jamais ni toujours*”<sup>58</sup>.

Na medicina, tal qual no direito, se tem diversos termos técnicos, que para alguns fazem todo o sentido, e para outros é algo alienígena, inviável, portanto, que essas conversas sejam integralmente e apenas nos termos de conhecimento técnico.

Nesse sentido, a comunicação deve ser feita de forma prática e da melhor forma para compreensão de um leigo no assunto. Evitar palavras difíceis, ou frases rebuscadas tornam a comunicação mais fácil, e trazem um sentimento maior de confiança ao quadro apresentado.

Diante do quadro da pandemia da COVID19, as más notícias se tornaram ainda mais comuns a seiscentas mil<sup>59</sup> famílias que perderam alguém. Para tanto, muitos desses casos foram de mortes em isolamento e, além da comunicação direta da doença, os profissionais da saúde se tornaram ainda, uma ferramenta de comunicação das famílias para com os pacientes.

Nesse sentido, Sabrina Corrêa da Costa Ribeiro e Paula Damaris Chagas Barrios:

A morte em isolamento é duplamente difícil para os pacientes e famílias. A equipe deverá se utilizar de todos os recursos disponíveis e se colocar à disposição para ser elo entre familiares e pacientes, seja através de mensagens, videoconferências, objetos ou sons familiares, criando um ambiente de acolhimento e cuidado.<sup>60</sup>

Vê-se que não se tem uma fórmula mágica para que sejam fornecidas más notícias, de toda forma, se tem espectros de como atenuar a forma de se falar sobre tais assuntos com o

<sup>57</sup> BIFULCO, Vera. UMA.; CAPONERO, Ricardo. **Cuidados paliativos: um olhar sobre as práticas e conforme necessidades atuais**. Barueri, SP : Editora Manole, 2018. 9788578683061. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788578683061/>. Acesso em: 12 out. 2021.

<sup>58</sup> Tradução livre: "Na medicina, como no amor, nem nunca nem sempre"

BIFULCO, Vera. UMA.; CAPONERO, Ricardo. **Cuidados paliativos: um olhar sobre as práticas e conforme necessidades atuais**. Barueri, SP : Editora Manole, 2018. 9788578683061. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788578683061/>. Acesso em: 12 out. 2021.

<sup>59</sup> Dados do **Our Word in Data**. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus-data>

<sup>60</sup> VELASCO, Irineu. T. ; RIBEIRO, Sabrina Corrêa da C. **Cuidados paliativos na emergência**. Barueri, SP: Editora Manole, 2020. 9786555763102. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555763102/>. Acesso em: 12 out. 2021.

paciente e sua família, sem focando no melhor atendimento e prezando pela solidariedade para com quem receberá tais informações.

#### 4.2 Os reflexos da morte em diversos âmbitos: social, espiritual etc.

Quando chega a hora da partida definitiva dessa vida, cada um tende a interpretar de uma forma diferente. Claro que suas concepções pessoais, anseios de vida, a influência da sociedade e suas crenças, apresentam dentro da mente daquele que ficou como será a continuidade deste.

A Prefeitura de São Paulo em conjunto com o Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto – LELu da PUC-SP, preparou um documento de Orientações sobre LUTO<sup>61</sup>, para tanto, apresenta que:

Despedir-se de alguém não é uma tarefa fácil, ainda mais quando sabemos que se trata do último adeus! Porém, apesar de doloroso, este é um momento muito importante no qual podemos prestar uma última homenagem ao ente querido por meio dos rituais de despedida (velório, enterro ou cremação). Nesses rituais de despedida temos a oportunidade de nos amparar em nossas redes sociais (amigos, familiares, colegas de trabalho...) e de manifestarmos nosso pesar.

A escolha pelo ritual mais adequado para cada família é particular. É importante que nesse momento sejam levados em consideração o desejo do falecido, a situação que lhe pareça mais confortável e acolhedora, e, também, suas crenças religiosas. Compartilhe a tomada de decisão com outros membros de sua família, pois dessa forma você se sentirá mais amparado.

Assim, se tem que os ritos mortuários são importantes para qualquer um. Há aqueles que entendem como efetivamente um adeus somente após os ritos de passagem e aqueles que optam por não ter algum rito. De toda forma, tal decisão estará intimamente ligada à vida social do falecido ou de sua família.

Um aspecto interessante é que os ritos diferem entre as sociedades e religiões, mas o luto é compartilhado por todos, e, novamente, como se tratará sobre o assunto, também dependerá de como os preceitos individuais foram fundidos. Como trazido por Luís Alberto Saporetto e Alini Maria Orathes Ponte Silva:

Os ritos mortuários se confundem com a própria história da humanidade. Cinco mil anos antes de nossa era, os homens neolíticos já realizavam ritos fúnebres e incineravam seus mortos. Todos os povos, cada um ao seu modo, e de acordo com sua cultura, ritualiza a morte e crê num tipo de existência pós-morte. Embora nossas culturas 313 sejam tão diversas, podemos notar como tais ritos e visões do além se assemelham de forma impressionante. Todas as culturas pretendem comunicar ao inconsciente uma mensagem. Assim, rito mortuário pretende mostrar um caminho, uma realidade simbólica, a qual o inconsciente reconhece e valida. Um ato que torna real o imaginário e conduz ao transcendente. O rito tranquiliza, pois se situa fora do

---

61

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/servicos/servico\\_funerario/orientacoes\\_sobre\\_luto.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/servicos/servico_funerario/orientacoes_sobre_luto.pdf)

tempo. Os atos de preparar o corpo, banhá-lo, ungi-lo e vesti-lo reafirmam ao falecido sua condição de pessoa e prolongam sua permanência com os que ficam, retardando a separação. A vigília, as orações e o fato de o morto dever estar sempre acompanhado “garantem” sua presença nesse mundo, assegurando sua identidade até a hora de sua partida para o além.

Chega a hora da partida, a natureza reclama o corpo. Ele deve ser entregue Àquele que o criou. Cada povo, segundo suas tradições, encontra um modo de entregar a matéria à natureza e o espírito, ao Criador.<sup>62</sup>

De outra forma, é da natureza humana a vida social e religiosa, é intimamente ligado um ao outro como forma de sobreviver, novamente rememora-se as palavras de Luís Alberto Saporetto e Alini Maria Orathes Ponte Silva:

A natureza religiosa e espiritual do ser humano é uma área ainda pouco abordada pelos profissionais de saúde e torna-se vital nos cuidados com aqueles que estão partindo. Conhecer nossas próprias questões sobre a finitude, religião e espiritualidade é o ponto de partida para auxiliarmos melhor nossos pacientes. A equipe deve ser treinada para aceitar os diferentes valores religiosos e espirituais, não impondo conceitos próprios, mas sim respeitando e incentivando a participação do paciente em sua prática. A abordagem das questões espirituais e religiosas dos pacientes deve ocorrer no início do acompanhamento para que as medidas necessárias sejam tomadas em direção à resolução de possíveis demandas do paciente, família e equipe.<sup>63</sup>

Noutro sentido, a ausência de uma pessoa é sentida por todo um complexo social, seja no seio familiar, seja na residência daquele que se foi, seja no seu núcleo de convivência diário. Postos de trabalho são impactados pela morte. Famílias passam a um complexo de ausência de seu ente e até mesmo passam por dificuldades quando da perda de seu maior provedor.

Os impactos se mostram severos ante a perda de alguém, verifica-se uma necessidade específica de se obter melhores formas de continuar em frente. Tem-se um marco temporal que demonstra claramente como a sociedade se dispõe frente a morte, antes do início da pandemia de COVID19 e pós pandemia.

Via-se, efetivamente, muitos falecerem perto daqueles que amam, ou que acompanharam durante todo o processo vital, a partir da pandemia, com isolamento, principalmente daqueles que caminhavam para o fim da vida, por vezes as pessoas morreram sozinhas, sem apoio de suas famílias, motivo pelo qual, os profissionais de saúde se tornaram a última pessoa que se viu.

---

<sup>62</sup> ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320 p. Disponível em: <https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-cuidados-paliativos.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

<sup>63</sup> ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320 p. Disponível em: <https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-cuidados-paliativos.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

Diante desse quadro, muitos não puderam completar o ciclo, com os ritos de passagem. Antes, quando alguém morria, diversos amigos e familiares iam se despedir e prestar acolhimento à família, agora, os velórios se mostram vazios, restritos. Esse rito do velório, na sociedade, representa um fim, fato é que, com a ausência desse as famílias não possuem mais um acolhimento efetivo.

De uma ótica mais próxima ao protestantismo, tem-se que essa passagem leva o ser humano à sua glória, afinal, **o viver é Cristo e o morrer é lucro.**<sup>64</sup> Os ritos são direcionados às ações de graças pela vida, dádiva de Deus ao ser humano. De acordo com o Manual de Culto da Igreja Presbiteriana Independente do Brasil, **o funeral cristão é um culto a Deus, e como tal deve ser dirigido ao Senhor da vida. Toda a ênfase do culto deve ser dada ao louvor de Deus pelo fato da ressurreição de Cristo, através da qual temos a vida eterna, e não ao louvor da pessoa falecida. Dignidade, concisão e ausência de ostentação marcam o funeral reformado.**<sup>65</sup>

Ao mesmo passo, advém das Ordenanças litúrgicas dessa mesma Igreja que:

- a) Os cristãos reconhecem que a morte é inevitável. Diante da morte, eles testemunham que Deus, em Jesus Cristo, venceu a morte e levanta seus filhos da morte para a vida eterna. Assim, a ressurreição será a doutrina central a inspirar a atitude dos cristãos diante do evento da morte.
- b) A finalidade do ofício fúnebre não é o de interceder em favor dos mortos, mas para consolo dos que choram e apelo às consciências.
- c) A cerimônia deve ser oficializada geralmente pelo pastor da igreja que o falecido freqüentava ou sua família freqüente, ou mediante entendimento com o pastor, por qualquer outro ministro que a família escolha. Na falta do pastor, um presbítero pode efetuar a cerimônia.
- d) O oficiante deve tomar providências para que a finalidade da cerimônia não seja prejudicada pelo excesso ou pelo teor do discurso. O ofício fúnebre deve ser conduzido com dignidade e simplicidade, testemunhando a grandeza e a bondade de Deus. A ênfase deve ser colocada na leitura de textos das Escrituras Sagradas que tratam da esperança cristã. Hinos que falem da comunhão dos santos, do perdão de pecados, da ressurreição do corpo e da vida eterna podem ser entoados.<sup>66</sup>

A tradição reformada, tem como integrante diversas denominações com regulamentos próprios. Para efeitos comparativos, tal qual a Igreja Presbiteriana Independente do Brasil, a Igreja Presbiteriana do Brasil, também entende o ofício fúnebre da mesma forma.

Vê-se que os reflexos da morte são desenvolvidos de forma em uma relação em cadeia, afetando diversos aspectos do qual o falecido se envolvia.

<sup>64</sup> Carta de Paulo aos Filipenses, capítulo 1, versículo 21.

<sup>65</sup> IGREJA PRESBITERIANA INDEPENDENTE DO BRASIL. Supremo Concílio da IPI do Brasil. **Manual do Culto**. 1ª Ed. Coordenação: Rev. Eduardo Galasso Faria.. O Estandarte.: Impresso por: Associação Evangélica Literária Pendão Real., 1 jan. 1998.

<sup>66</sup> IGREJA PRESBITERIANA INDEPENDENTE DO BRASIL. Assembleia Geral da IPI do Brasil. **Ordenanças Litúrgicas da IPI do Brasil**. Texto aprovado pela Comissão Executiva da Assembleia Geral em 29 de agosto de 2008, conforme decisão da Assembleia Geral da IPI do Brasil.. O Estandarte. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1AhtdCPb9O4oMhc-qPSobzpGADffPvUwj/view>. Acesso em: 12 out. 2021.

### 4.3 Solidariedade e Dignidade como princípios jurídicos norteadores da terminalidade da vida

A terminalidade da vida é fato circunscrito a todos, sem exceção, todavia, cada ser humano finaliza de uma forma diferente sua vida, conforme anota Ricardo Tavares de Carvalho:

No processo de morte (últimos dias e horas de vida), o paciente se torna cada vez mais cansado, mais fraco e sonolento, cada vez menos interessado em sair da cama, receber visitas ou no que está acontecendo ao seu redor. Muitas vezes, fica confuso e pode também ficar agitado. É importante frisar que vários pacientes mantêm a consciência e a lucidez até os últimos momentos e que são capazes de tomar a medicação por via oral, de verbalizar suas despedidas (cada um a seu modo) ou simplesmente ir-se durante o sono. A literatura mostra que principalmente nos últimos dias vários sintomas novos podem surgir e sintomas anteriores podem mudar em número e em intensidade, tanto em pacientes oncológicos como em não oncológicos. A atenção e os manejos adequados no controle dos sintomas são fundamentais; caso contrário, o paciente e sua família poderão sofrer desnecessariamente e o processo de morte, prolongar-se. Na medida do possível, é necessário preparar o paciente, a família e a equipe de saúde para os eventos futuros, ou seja, todos devem estar a par do que está para ocorrer, para antever as novas necessidades do paciente/família e reorganizar os cuidados necessários e as ações cabíveis. No Quadro 1, a seguir, estão resumidas a abordagem geral e as ações mais importantes nessa fase. [...]. Condutas específicas e tratamento estão esmiuçados no capítulo sobre assistências às últimas horas de vida.<sup>67</sup>

De uma forma plena, é deveras complicado o fim do processo vital, é difícil saber que um ente querido, um amigo, faleceu. Por experiência própria de cada um, é um sentimento que não se pode deixar passar, o processo de luto se inicia e finaliza, para alguns, após muitos anos.

Sabrina Corrêa da Costa Ribeiro e Paula Damaris Chagas Barrioso lembram que:

Ações de prevenção às complicações no processo de luto são parte fundamental do cuidado destinado aos familiares e rede social do paciente, constituindo um dos eixos de cuidado em fase final de vida. Infelizmente, no cenário da emergência, pela rapidez dos eventos relacionados à finitude da vida, nem todas as intervenções serão possíveis de serem efetivadas. Todavia, assegurar que as expectativas dos familiares sejam alinhadas, que haja controle eficaz de sintomas, permitir rituais de despedida e comunicar de forma compassiva por si só são medidas que irão auxiliar e prevenir complicações durante o luto.

Outra questão a ser considerada é a identificação de pessoas próximas ao paciente com risco de complicação durante o luto, que pode ser realizada por toda a equipe profissional. Uma vez identificado esse risco, estas pessoas devem ser orientadas e encaminhadas aos serviços de suporte a enlutados.

O momento de identificação do óbito é muitas vezes angustiante para o acompanhante do paciente. Nestas situações, profissionais devem se solidarizar e acolher a pessoa presente. O pedido de licença para continuar os cuidados e medidas simples como o posicionamento do corpo sem vida, o cerramento dos olhos, o silêncio respeitoso, desligamento de qualquer equipamento ruidoso e o espaço para

---

<sup>67</sup> CARVALHO, Ricardo Tavares. D. **Manual da residência de cuidados paliativos**. Barueri, SP: Editora Manole, 2018. 9788520455562. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520455562/>. Acesso em: 12 out. 2021.



despedidas e rituais devem ser ações frequentes e padrões para uma assistência de qualidade.<sup>68</sup>

Durante todo o processo vital, o paciente e sua família são tratados com toda a dignidade inerente à pessoa humana, em seu período final também deve assim ser. Para Márcia Rodriguez Vásquez Pauferro:

Assim como a vida, a morte digna, sem dor e angústia, é reconhecida por vários bioeticistas como um direito humano. A autonomia e a dignidade no fim da vida podem indicar caminhos para que este direito venha a ser respeitado (Junges, 2010; Diniz; Costa, 2004).

[...]

A dignidade humana não se vincula à valoração da pessoa em função de seu pertencimento a determinada raça, etnia, sexo ou camada social. Está atrelada à ideia de ser parte da humanidade, como um coletivo de indivíduos, que, ao mesmo tempo, traz em si a humanidade que caracteriza o gênero humano (Oliveira, 2007).

Ao nos conscientizarmos que a morte não pode ser combatida, resta--nos humanizá-la e reincorporá-la ao cotidiano, como parte natural da vida e fonte de sentido.<sup>69</sup>

Se vê que a solidariedade do profissional para com o paciente em seus momentos finais e, após, à sua família, deve ser sempre baseado na solidariedade da perda e na melhor forma da dignidade das pessoas que por este fato estão passando.

---

<sup>68</sup> VELASCO, Irineu. T. ; RIBEIRO, Sabrina Corrêa da C. **Cuidados paliativos na emergência**. Barueri, SP: Editora Manole, 2020. 9786555763102. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555763102/>. Acesso em: 12 out. 2021.

<sup>69</sup> CAMILLO, Carlos.Eduardo. N.; SILVA, Paulo.Fraga. D.; ROCHA, Renata. D.; CAMPATO, Roger. F. **Biodireito, Bioética e Filosofia em Debate**. Lisboa: Grupo Almedina (Portugal), 2020. 9786556271118. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786556271118/>. Acesso em: 12 out. 2021.

## CONCLUSÃO

A morte é um fenômeno certo para qualquer indivíduo. A partir da leitura do próprio Código Civil é possível essa interpretação, tal códex está dividido, em linhas gerais, nos direitos consagrados no início, no decorrer, no final e após a extinção do ser humano.

Para o direito, interessa todos os atos jurídicos praticados por um indivíduo, ou aqueles direitos que surgem a partir de sua morte. Para a medicina, importa os cuidados depreendidos ao paciente, a relação médico-paciente.

Todavia, a forma de morrer importa, principalmente, ao ser humano que já está no fim do processo vital. Nada melhor que a morte seja de forma tranquila e indolor, tanto para o paciente, quanto para sua família.

O morrer bem é o máximo que se pode ofertar àquele que está no final de sua vida, e para isso a ortotanásia se apresenta como solução. Como dito, é uma forma de finalizar o processo vital sem maiores delongas e sem a agonia que as vezes a extensão da vida dá.

A qualidade da comunicação entre médico, paciente e familiares demonstram uma forma de suavizar a tomada de uma decisão sobre a morte, da mesma forma, de como o processo até o final poderá ser conduzido, dando segurança a todos os integrantes desse processo para que fiquem tranquilos em suas decisões e aceitam o ciclo vital.

Dentro de um parâmetro legal, viu-se que a legislação brasileira não autoriza a prática da ortotanásia, muito embora o Conselho Federal de Medicina o vem recomendando. Outrossim, em comparação a outros países, verifica-se legislações ou julgados que concedem autonomia plena sobre a vida do paciente, principalmente aqueles em estado terminal.

Falar da influência da morte em diversos espectros, importa em representar as diversas faces possíveis ao luto. Durante um certo período, após a morte e antes do sepultamento, recebia-se muitas pessoas, familiares, amigos, que se solidarizavam com a perda de uma pessoa, hoje, diante do cenário pandêmico, tal fato não ocorre mais, velórios restritos mostram que, por mais que queiram, é mais seguro manter-se afastado e prestar apoio de forma distante.

A ortotanásia aliada aos cuidados paliativos são a representação máxima de cumprimento aos preceitos constitucionais de dignidade humana. O propósito do morrer bem é finalizar um processo vital sem contra indicação, e a partir das decisões do paciente e família. A comunicação é ferramenta extremamente importante para que, com solidariedade e dignidade a vida se esvaia.

Diante da análise realizada, principalmente referente à doutrina pertinente, a garantia de uma morte com dignidade está assentada como dignidade inerente à pessoa humana, tal

qual trazido por Luís Roberto Barroso, o respeito à suas decisões devem ser observadas inclusive quando se encerra o processo vital.

Outrossim, garantir uma morte com dignidade à luz do Manual da residência de cuidados paliativos (Ricardo Tavares Carvalho) é deixar prosseguir um processo irreversível, e para tanto não deve ser representado como crime.

No mesmo sentido, se apresenta o biodireito dos Fundamentos do Biodireito (Renata da Rocha) e Curso de Bioética e Biodireito (Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus Maluff) como fonte de resguardo da decisão a ser tomada, sempre observada a justaposição do direito e da ética em relação aos quesitos da vida.

Destarte a tudo o que foi apresentado, verifica-se que a morte com dignidade é deveras importante para a efetivação do direito constitucional de dignidade da pessoa humana; com o efetivo cumprimento das decisões individuais, a vida se esvai de acordo com o planejado pelo paciente; segue ainda uma necessidade de sempre se comunicar com todos os integrantes dessa relação; e cumprindo seu fim, a morte é acolhida de forma mais branda e suportável aos entes daquele que se foi.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320 p. Disponível em: <https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-cuidados-paliativos.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

BARRETO, Vicente de Paulo (Org.). **Novos temas de biodireito e bioética**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003, p. 78.

BARROSO, Luis Roberto. **DEMOCRACIA, DESENVOLVIMENTO E DIGNIDADE HUMANA: UMA AGENDA PARA OS PRÓXIMOS DEZ ANOS**. In: CONFERÊNCIA MAGNA DE ENCERRAMENTO DA XXI CONFERÊNCIA NACIONAL DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. CURITIBA, 24 DE NOVEMBRO DE 2011, Ribeirão Preto: Migalhas, 2016. 103-104 p. (físico) disponível também em: <https://www.migalhas.com.br/quentes/145656/luis-roberto-barroso-encerra-conferencia-da-oab-com-10-propostas-para-o-pais>. Acesso em: 13 abr. 2021.

BIFULCO, Vera. UMA.; CAPONERO, Ricardo. **Cuidados paliativos: um olhar sobre as práticas e conforme necessidades atuais**. Barueri, SP : Editora Manole, 2018. 9788578683061. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788578683061/>. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. **Código Civil**. Artigo 2º da Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Diário Oficial da União. Brasília, 11 de janeiro de 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm). Acesso em: 8 mai. 2021.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro**. Artigo 121º do Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Diário Oficial da União. Brasília, 31 de dezembro de 1940. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 31 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 41**, de 30 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 23 de novembro de 2018, ano 2018. Disponível em: [https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710](https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710). Acesso em: 9 out. 2021.

BRAZ, Mariana Sarkis e FRANCO, Maria Helena Pereira. **Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado**. Psicologia: Ciência

e Profissão [online]. 2017, v. 37, n. 1 [Acessado 9 Outubro 2021] , pp. 90-105. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>>. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>.

CAMILLO, Carlos.Eduardo. N.; SILVA, Paulo.Fraga. D.; ROCHA, Renata. D.; CAMPATO, Roger. F. **Biodireito, Bioética e Filosofia em Debate**. Lisboa: Grupo Almedina (Portugal), 2020. 9786556271118. Disponível em: <https://>

CARVALHO, Ricardo Tavares. D. **Manual da residência de cuidados paliativos**. Barueri, SP: Editora Manole, 2018. 9788520455562. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520455562/>. Acesso em: 12 out. 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n° 1.805**, de 09 de novembro de 2006. Tratamentos na Terminalidade da Vida (Exposição de motivos). Diário Oficial da União. Brasília , 2006. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n° 2.173**, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica.. Diário Ofício da União: Publicado em: 15/12/2017 | Edição: 240 | Seção: 1 | Página: 50-275 Órgão: Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais / Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>. Acesso em: 8 mai. 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n° 2.217**, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n° 2.222/2018 e 2.226/2019. Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. Brasília , 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2021.

COHEN, Claudio; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de ; editores associados Alex Pereira Leutério ... [et al.]. **Bioética, direito e medicina**. 1. ed. Barueri [SP]: Manole, 2020. 784 p. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520458587/>. Acesso em: 8 mai. 2021.

CREMESP, Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p. Disponível em: [https://www.4estacoes.com/pdf/livros\\_digitalizados/livro\\_cuidado\\_paliativo\\_crm.pdf](https://www.4estacoes.com/pdf/livros_digitalizados/livro_cuidado_paliativo_crm.pdf). Acesso em: 12 out. 2021.

Cruzan v. Diretor, Missouri Dept. of Health, 497 US 261 (1990) – Disponível em: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/497/261/#tab-opinion-1958401>. Acesso em: 27 set. 2021.

CUPIS. Adriano de. **Os Direitos da Personalidade**. Campinas: Romana, 2004, p. 98.

D’ALESSANDRO, Maria Perez Soares (Coord.); PIRES, Carina Tischler ; FORTE, Daniel Neves [et. al.]. **Manual de Cuidados Paliativos**, São Paulo. : Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

Dados do Our Word in Data. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus-data>

ESTADOS UNIDOS. US Supreme Court. Supreme Court of Missouri. 497 US 261. Relator: Rehnquist, White, O'Connor, Scalia, Kennedy, O'Connor, Scalia, Brennan, Marshall, Blackmun, Stevens. Julgamento em 25 de junho de 1990. Decidido, 25 de junho de 1990. Disponível em: <https://www.oyez.org/cases/1989/88-1503>. Acesso em: 27 set. 2021.

FAIAD, Carlos Eduardo Araújo. **Ortotanásia: limites da responsabilidade criminal do médico**. Barueri, SP: Editora Manole, 2020. 9786555760378. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555760378/>. Acesso em: 12 out. 2021.

FAILLACE, Simone Tosta (Coord.). **Bioética e Medicina: Comissão de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Navegantes Editora e Gráfica, 2006. 10 p. Disponível em: <https://www.cremelj.org.br/publicacoesonline/86/10/>. Acesso em: 8 mai. 2021.

GOGLIANO, Daisy . **Pacientes Terminais - Morte Encefálica**. **Revista de Bioética**, v. 1, n. 2, Publi. N/C. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/493/310](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/493/310). Acesso em: 8 mai. 2021.

GOMES, Edlaine de Campos e MENEZES, Rachel Aisengart. **Aborto e eutanásia: dilemas contemporâneos sobre os limites da vida**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2008, v. 18, n. 1 [Acessado 27 Setembro 2021] , pp. 77-103. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000100006>>. Epub 15 Jul 2008. ISSN 1809-4481.. Acesso em: 27 set. 2021.

GOZZO, D.; LIGIERA, W.R. **Bioética e direitos fundamentais**, 1ª Edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2012. 9788502163126. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502163126/>. Acesso em: 09 mai 2021

IGREJA PRESBITERIANA INDEPENDENTE DO BRASIL. Supremo Concílio da IPI do Brasil. **Manual do Culto**. 1ª Ed. Coordenação: Rev. Eduardo Galasso Faria.. O Estandarte.: Impresso por: Associação Evangélica Literária Pendão Real., 1 jan. 1998.

IGREJA PRESBITERIANA INDEPENDENTE DO BRASIL. Assembleia Geral da IPI do Brasil. **Ordenações Litúrgicas da IPI do Brasil**. Texto aprovado pela Comissão Executiva da Assembleia Geral em 29 de agosto de 2008, conforme decisão da Assembleia Geral da IPI do Brasil.. O Estandarte. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1AhtdCPb9O4oMhc-qPSobzpGADffPvUwj/view>. Acesso em: 12 out. 2021.

IOANNES PAULUS PP. II. Carta Encíclica. **EVANGELIUM VITAE**, Vaticano, 25 03 1995. Encíclica Papal. Disponível em: [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_25031995\\_evangelium-vitae.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html). Acesso em: 27 set. 2021.

LEÃO, F. B. P. e ROCHA, R. D., **Do projeto T4 à edição genética: a ameaça eugênica aos direitos humanos e ao biodireito**, p. 178/179, in CAMILLO, C.E.N.; SILVA, P.F.D.; ROCHA, R.D.; CAMPATO, R.F. **Biodireito, Bioética e Filosofia em Debate**. São Paulo: Grupo Almedina (Portugal), 2020. 9786556271118. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786556271118/>. Acesso em: 08 May 2021

LIMA, Meiriany Arruda e MANCHOLA-CASTILLO, Camilo. **Bioética, cuidados paliativos e libertação: contribuição ao “bem morrer”**. Revista Bioética [online]. 2021, v. 29, n. 2 [Acessado 9 Outubro 2021] , pp. 268-278. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>>. Epub 6 Set 2021. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>.

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de Bioética e Biodireito - 4ª Edição**. Lisboa: Grupo Almedina (Portugal), 2020. 9786556270302. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786556270302/>. Acesso em: 08 mai 2021

MELO, Alisson José Maia. **REVISITANDO AS GERAÇÕES DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS: UMA ABORDAGEM EPISTEMOLÓGICA DO DIREITO CONSTITUCIONAL**, in ANDRADE, L.E.; (ORGS.), S.H.D.B.M. Democracia e Direitos Fundamentais. Uma Homenagem aos 90 anos do Professor Paulo Bonavides. São Paulo: Grupo GEN, 2016. 9788597006575. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788597006575/>. Acesso em: 08 May 2021

MENDONÇA, Karine R. **Princípios dos cuidados paliativos**. Porto Alegre, RS: Grupo A, 2018. 9788595027558. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595027558/>. Acesso em: 12 out. 2021.

NICODEMO, Izabel Pernambuco e TORRES, Simone Henriques Bisconsin, **Indicações de cuidado paliativo: os cuidados paliativos recomendados para cada paciente**. in CARVALHO, Ricardo Tavares. D. Manual da residência de cuidados paliativos. Barueri, SP: Editora Manole, 2018. 9788520455562. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520455562/>. Acesso em: 12 out. 2021.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. São Paulo: Grupo GEN, 2021. 9788530993443. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530993443/>. Acesso em: 31 jul. 2021.

RAPOSO, Vera Lúcia. (2011). **Directivas Antecipadas de Vontade: em busca da lei perdida**. Revista do Ministério Público. Portugal. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/266246282\\_Directivas\\_Antecipadas\\_de\\_Vontade\\_e\\_m\\_busca\\_da\\_lei\\_perdida](https://www.researchgate.net/publication/266246282_Directivas_Antecipadas_de_Vontade_e_m_busca_da_lei_perdida). Acesso em: 8 mai. 2021.

RASKIN, Salmo. **O caso Charlie Gard: eutanásia de Estado ou ortotanásia? O caso do bebê britânico Charlie Gard levanta a discussão: deixar morrer no hospital é eutanásia de Estado ou melhor interesse do paciente?** . Veja. 2017. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/letra-de-medico/o-caso-charlie-gard-eutanasia-de-estado-ou-ortotanasia/>. Acesso em: 27 set. 2021.

ROCHA, Renata da. **Fundamentos do Biodireito**. Salvador: Jvs Podivm, f. 68, 2018.

SANCHEZ Y SANCHES, Kilda Mara e SEIDL, Eliane Maria Fleury **Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2013, v. 17, n. 44 pp. 23-34. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/R4CFGYzqSt4P5z7VjWvfLKb/?lang=pt#>>. Epub 21 Maio 2013. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100003>. Acesso em: 22 set. 2021.

SANTOS, André Filipe Junqueira dos; FERREIRA, Esther Angélica Luiz; GUIRRO, Úrsula Bueno do Prado. **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019** [livro eletrônico]. 1. ed. São Paulo : ANCP, 2020. Acesso em: 12 out. 2021.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 37º ed. São Paulo: Malheiros, 2013, p. 199.



SOARES, R.M. F. **O Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana**, 1ª edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2009. 9788502139459. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502139459/>. Acesso em: 09 mai 2021

UNITED KINGDOM. Royal Courts of Justice. Division of Family. GREAT ORMOND STREET HOSPITAL vs (1) Constance Yates (2) Chris Gard (3) Charles Gard (a Child by his Guardian Ad Litem). Relator: The Honorable Mr Justice Francis. Julgamento em 24 de julho de 2017. Royal Court. London, 24 de julho de 2017. Disponível em: <https://www.judiciary.uk/judgments/great-ormond-street-hospital-v-yates-and-gard-24-july-2017/>. Acesso em: 27 set. 2021. Tradução livre.

VELASCO, Irineu. T .; RIBEIRO, Sabrina Corrêa da C. **Cuidados paliativos na emergência**. Barueri, SP: Editora Manole, 2020. 9786555763102. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555763102/>. Acesso em: 12 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Organização Mundial da Saúde. **National cancer control programmes : policies and managerial guidelines**, 2nd ed: Cuidados paliativos - INCRA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controlado-cuidados-paliativos>. Acesso em: 4 out. 2021.



## TERMO DE AUTENTICIDADE DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Eu, *Gabriel Honorio Girlanda*

Aluno(a), regularmente matriculado(a), no Curso de Direito, na disciplina do TCC da 10ª etapa, matrícula nº 3175124-5, Período *Noturno*, Turma *T*, tendo realizado o TCC com o título:

*TERMINALIDADE DA VIDA: ORTOTANÁSIA E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS.*

sob a orientação do(a) professor(a): *Renata da Rocha*,

declaro para os devidos fins que tenho pleno conhecimento das regras metodológicas para confecção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), informando que o realizei sem plágio de obras literárias ou a utilização de qualquer meio irregular.

Declaro ainda que, estou ciente que caso sejam detectadas irregularidades referentes às citações das fontes e/ou desrespeito às normas técnicas próprias relativas aos direitos autorais de obras utilizadas na confecção do trabalho, serão aplicáveis as sanções legais de natureza civil, penal e administrativa, além da reprovação automática, impedindo a conclusão do curso.

São Paulo, 8 de novembro de 2021

Assinatura do discente