



**A PERCEÇÃO DE MAGISTRADOS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO  
ESTADO DO PARANÁ SOBRE A PRÁTICA DA DISTANÁSIA<sup>1</sup>**  
**LA PERCEPCIÓN DE LOS MAGISTRADOS DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA  
DEL ESTADO DE PARANÁ SOBRE LA PRÁCTICA DE LA DISTANASIA**  
**THE PERCEPTION OF PARANÁ STATE COURT OF JUSTICE  
MAGISTRATES ON THE PRACTICE OF DYSTHANASIA**

**Mestre Franciane Fabíola Campos**  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-7743-4558>  
franciane@camposesottile.com.br

**Dr José Eduardo de Siqueira**  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-7513-1385>  
eduardo.jose@pucpr.br

**DR Miguel Kfourì Neto**  
Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0003-2465-8758>  
mkfourin@gmail.com

## RESUMO

O prolongamento da vida por meio de suportes artificiais tem sido compreendido como cuidado. Essa concepção decorre da ideia de que os avanços biotecnológicos disponíveis em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) possam mudar o prognóstico de enfermidades incuráveis. O estudo objetivou abordar a responsabilidade em âmbito administrativo, civil e penal, instrumentos aptos a inibir a distanásia, e identificar a percepção dos magistrados acerca da distanásia. Trata-

---

<sup>1</sup> O artigo foi fruto da pesquisa do Programa de Pós-graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná que teve como tema “A percepção de magistrados do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná sobre a prática da distanásia”.

se de pesquisa empírica, realizada com magistrados do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, valendo-se de questionário virtual sobre aspectos ligados à prática. O resultado mostrou que 29,1% não compreendem a distanásia; 57,8% entendem que o uso da biotecnologia representa procedimento terapêutico benéfico; 68,9% ressaltam que o médico não deve ser responsabilizado; 94,4% têm na Diretiva Antecipada (DA) um instrumento apto para inibir a distanásia; e 96,7% admitem a necessidade de compreensão e reflexões mais adequadas sobre conteúdos de bioética.

### **Palavras-chave**

Bioética - Futilidade médica - Responsabilidade legal.

Licencia Creative Commons Attribution Non-  
Comercial 3.0 Unported (CC BY-NC 3.0) Licencia  
Internacional



**CUADERNOS DE SOFÍA  
EDITORIAL**

### **RESUMEN**

Se ha entendido como cuidado la prolongación de la vida a través de soportes artificiales. Esta concepción parte de la idea de que los avances biotecnológicos disponibles en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) pueden cambiar el pronóstico de enfermedades incurables. El estudio tuvo como objetivo abordar la responsabilidad en el ámbito administrativo, civil y penal, instrumentos capaces de inhibir la distanasia, e identificar la percepción de los jueces sobre la distanasia. Se trata de una investigación empírica, realizada con magistrados del Tribunal de Justicia del Estado de Paraná, utilizando un cuestionario virtual sobre aspectos relacionados con la práctica. El resultado mostró que el 29,1% no entiende la distanasia; el 57,8% entiende que el uso de la biotecnología representa un procedimiento terapéutico beneficioso; el 68,9% enfatiza que no se debe responsabilizar al médico; El 94,4% tiene en la Directiva Anticipada (DA) un instrumento capaz de inhibir la distanasia; y el 96,7% admite la necesidad de una comprensión y reflexión más adecuada sobre los contenidos de la bioética.

### **Palabras clave**

Bioética - Inutilidad médica - Responsabilidad jurídica.

## ABSTRACT

The prolongation of life by means of artificial supports has been understood as care. This conception stems from the idea that biotechnological advances available in Intensive Care Units (ICUs) can change the prognosis of incurable diseases. This study aimed to address administrative, civil and criminal liability, instruments to inhibit and identify the perception of judges about dysthanasia. This empirical research, carried out with magistrates from the Court of Justice of the State of Paraná used a virtual questionnaire on aspects related to the practice. The result showed that 29.1% do not understand dysthanasia; 57.8% understand that the use of biotechnology represents a beneficial therapeutic procedure; 68.9% emphasize that the physician should not be held responsible; 94.4% consider Advance Directive (AD) a suitable instrument to inhibit dysthanasia; and 96.7% admit the need for a better understanding and reflection on bioethical content.

### Key words

Bioethics - Medical futility – Liability legal.

## Introdução

Os avanços da biotecnologia, embora tenham trazido resultados extraordinários para a Medicina, não raras vezes incutem na sociedade a ideia equivocada de que há cura para todas as doenças e de que a morte pode ser vencida. Assim dizendo, a morte não faz mais parte do processo natural da vida, passou a ser um acontecimento evitável, uma negação abstrusa em que, por meio de inúmeros artifícios, se prolonga o processo do morrer.

No prefácio da obra de Alireza Bagheri, *Medical Futility: A cross-national study*, Daniel Callahan afirma que os cuidados de fim de vida se tornaram ainda mais difíceis nos últimos anos graças ao poder da Medicina de manter os pacientes doentes e moribundos vivos por muito mais tempo<sup>2</sup>.

Acerca da aceitação da finitude, a filósofa Martha Nussbaum presume que isso requer uma espécie de heroísmo; daí se observa que a morte adquiriu um caráter antinatural. É como se a Medicina tivesse um compromisso com a vida, mas, na verdade, este se dirige ao paciente, à pessoa que sofre<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Daniel Callahan, "Prefácio", em *Medical Futility: A cross-national study*, escrito por Alireza Bagheri (New Jersey: Imperial College Press, 2013).

<sup>3</sup> Lawrence Schneiderman e Nancy Jecker, *Wrong medicine: doctors, patients, and futile treatment* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2011).

Diante de conflitos morais que surgem acerca do prolongamento indevido da vida, afloram questionamentos de ordem ética e jurídica sobre a legalidade dessa conduta com práticas e manobras inúteis para cura e/ou sobrevivência da pessoa gravemente enferma<sup>4</sup>. A insegurança de profissionais de saúde, especialmente os médicos, tem razão de existir, seja pela postura de alguns juristas brasileiros a esse respeito<sup>5 6</sup>, que defendem possível aplicação da legislação penal, ou na configuração da prática de ato ilícito, como já acontece no direito estadunidense<sup>7</sup>.

Na conceituação de “distanásia” ou de “futilidade médica” (este segundo termo é utilizado nos Estados Unidos), percebe-se que há o reconhecimento de que existe um ponto na evolução clínica de um paciente a partir do qual a Medicina se torna impotente para curar e ainda não compreende o cuidar como uma de suas finalidades.

É evidente que, se um paciente vier a óbito, não se trata necessariamente de uma falha médica; todavia, se “morrer com agonia prolongada”, aí sim se está diante de uma falha médica<sup>8</sup>. Debater a morte não é uma tarefa simples, especialmente sob a perspectiva da morte supostamente evitada, daí a relevância da bioética ao abordar temas de tamanha complexidade.

A bioética principialista se utiliza dos três princípios elencados no Relatório Belmont<sup>9</sup> – beneficência, autonomia e justiça –, somados ao da não maleficência<sup>10</sup>.

Já no contexto internacional, vale destacar a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)<sup>11</sup>. Tal documento prescreve proteção à dignidade humana e aos direitos humanos e textualiza sobre a prevalência da bioética na participação de questões que envolvam os avanços da ciência e da tecnologia e que tenham impacto na vida dos seres humanos. No cenário nacional, a Constituição Federal, em seu art. 1º, inciso III, indica a dignidade da pessoa humana como preceito fundamental, bem como, no inciso III do art. 5º, veda a tortura e o tratamento desumano ou degradante<sup>12</sup>.

---

<sup>4</sup> Léo Pessini, “Distanásia: até quando investir sem agredir?”, Revista Bioética, Vol: 4 num 1 (1996): 31.

<sup>5</sup> José Henrique Rodrigues Torres, “Ortotanásia não é homicídio nem eutanásia”, em Conflitos bioéticos do viver e do morrer, organizado por Raquel Duarte Moritz (Brasília: CFM, 2011), 157-185.

<sup>6</sup> Flávia Siqueira, Autonomia, consentimento e direito penal da medicina (São Paulo: Marcial Pons, 2019).

<sup>7</sup> Estados Unidos da América (EUA), Montana first judicial district court, Lewis and Clark County. Case n. CDV-2017-850. Cheryl O'Donnell vs Lee Harrison e St. Peter's Health (Missoula, MT: [s.n.], 2018).

<sup>8</sup> Lawrence Schneiderman e Nancy Jecker, Wrong medicine...

<sup>9</sup> United States, The Belmont Report (Washington, DC: U.S. Department of Health & Human Services, 1979).

<sup>10</sup> Tom Beauchamp e James Childress, Principles of biomedical ethics (New York: Oxford University Press, 2001 [publicação original em 1979]).

<sup>11</sup> Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (Paris: Unesco, 2005).

<sup>12</sup> Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Brasília, Diário Oficial da União, 1988).

Posto isso, percebe-se a imprescindibilidade da bioética no auxílio à tomada de decisão que reflita o desejo dos pacientes, que resguarde a dignidade deles e que igualmente traga segurança jurídica aos profissionais da área da saúde. Desse modo, a urgência do debate e da compreensão por parte dos operadores do Direito e dos profissionais de saúde se mostra necessária.

Assim, somada a uma revisão narrativa para construir um referencial teórico, a finalidade deste trabalho foi identificar a opinião dos magistrados do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná sobre a prática da distanásia com base no conhecimento atual, não em emitir ou antecipar qualquer posicionamento, tampouco perscrutar as esferas da responsabilização decorrente da prática. Assim, a pesquisa aborda de forma concisa a possibilidade de responsabilização nas esferas administrativa, civil e criminal.

Dessa maneira, espera-se que este estudo possa contribuir para a melhor compreensão da danosa prática da distanásia e que, particularmente, seja um convite a operadores do Direito e profissionais da área da saúde a reflexões bioéticas acerca do prolongamento indevido da vida o qual, reconhecidamente, se mostra deficiente.

## Referencial teórico

### Bioética

O termo “bioética” foi citado pela primeira vez, no sentido como deu origem ao campo de conhecimento de mesmo nome, por Potter no ano de 1970 em “*Bioethics – Science of survival*”, ao publicar um artigo apresentando a obra que estava escrevendo e que foi lançada no ano seguinte: *Bioethics: bridge to the future*. A palavra consiste na junção de *biós* (vida) e *ethos* (ética), o que faz significar “ciência da vida e a ética”<sup>13</sup>.

A preocupação inicial de Potter se voltou à preservação da vida no planeta, assim apresenta um sentido ecológico. Suas reflexões abordavam as descobertas científicas que conduziam à melhoria na condição da vida humana, mas poderiam resultar também em sua extinção<sup>14</sup>. Ao longo do tempo, até sua morte em 6 de setembro de 2001, Potter foi expandindo suas ideias, mas sem se ater especificamente à ética médica, embora tenha tecido críticas ao foco exclusivo no uso dos princípios.

André Hellegers também utilizou o termo “bioética” quando fundou o *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, em 1971, após a publicação da obra de Potter. Todavia, seu entendimento era o de uma

---

<sup>13</sup> Jenifer Naves Soares, *Bioética, democracia e legitimidade: o projeto genoma humano em perspectiva crítica* (Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018).

<sup>14</sup> Jenifer Naves Soares, *Bioética, democracia e legitimidade...*

ética biomédica, mais orientada a cuidados médicos e decisões dos profissionais de saúde<sup>15</sup>.

Além da discussão sobre o alcance e objeto de estudo da bioética, o Relatório Belmont é de expressiva relevância. Esse documento foi desenvolvido pela Comissão Nacional de Proteção dos Seres Humanos em Pesquisa Biomédica e Comportamental do governo dos Estados Unidos<sup>16</sup>. Fruto da Comissão, ele teve como objetivo identificar os princípios éticos fundamentais para nortear as pesquisas/experimentações com seres humanos: autonomia, justiça e beneficência. Com a publicação da obra de Beauchamp e Childress em 1979, focando a ética biomédica, foi agregado a estes o desdobramento do princípio da beneficência, o princípio da não maleficência, tema de análise na sequência.

### **Princípios bioéticos**

São quatro os princípios da ética biomédica<sup>17</sup> assumidos pela corrente principialista da bioética para pensar a relação médico-paciente. Assim, é interessante analisar cada um deles.

#### **Princípio da autonomia**

Sobre o princípio da autonomia, vale destacar o Relatório Belmont, que o formula da seguinte forma:

“respect for persons incorporates at least two ethical convictions: first, that individuals should be treated as autonomous agents, and second, that persons with diminished autonomy are entitled to protection. The principle of respect for persons thus divides into two separate moral requirements: the requirement to acknowledge autonomy and the re-quirement to protect those with diminished autonomy.”<sup>18 19</sup>

Diante disso, percebe-se que o indivíduo deve ter os desejos respeitados. Na área médica, significa que o profissional de saúde precisa seguir as vontades do paciente, não podendo impor sua opinião desde que tal paciente seja capaz e com discernimento. A autonomia está relacionada com a capacidade que a racionalidade humana tem de se autogovernar, sem interferências de terceiros. Esse critério

---

<sup>15</sup> Jenifer Naves Soares, Bioética, democracia e legitimidade...

<sup>16</sup> Maria Helena Diniz, O estado atual do biodireito (São Paulo: Saraiva, 2008).

<sup>17</sup> Tom Beauchamp e James Childress, Principles of biomedical ethics...

<sup>18</sup> United States, The Belmont Report...

<sup>19</sup> Tradução livre: “Respeito pelas pessoas incorpora pelo menos duas convicções éticas: primeiro, que os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos, e, segundo, que as pessoas com autonomia diminuída têm direito à proteção. O princípio do respeito à pessoa decorre, portanto, de duas exigências morais distintas: a exigência de reconhecimento da autonomia e a exigência de proteção àqueles com autonomia diminuída”.

revolucionou a relação médico-paciente ao indicar que o paciente é, sim, um ser autônomo e que deve tomar decisões segundo seus valores pessoais<sup>20</sup>.

Um ponto que se deve destacar é que, para considerar a autonomia do indivíduo, é necessário observar a compreensão acerca da qualidade e tempestividade das informações que lhe são transmitidas. Isso porque, dependendo do abalo psicológico que sofra, pode não ter condições de decidir sobre o caso<sup>21 22</sup>. Assim, é importante verificar a capacidade decisional do indivíduo naquele momento.

### **Princípio da beneficência**

O princípio da beneficência está originariamente previsto no Relatório Belmont, e dele, posteriormente, se desdobrou o da não maleficência, proposto por Beauchamp e Childress em 1979 (2001). Ele prevê a necessidade de realizar o bem ao paciente, não devendo caracterizar um ato de caridade ou misericórdia.

Como regra principal desse princípio, destaca-se o fato de não poder causar danos, dever maximizar os benefícios e minimizar os riscos<sup>23</sup>. Ele também envolve as seguintes máximas: “fazer o bem”, “não causar dano”, “cuidar da saúde”, “favorecer a qualidade de vida” e “manter o sigilo”<sup>24</sup>. Diante disso, é preciso destacar que o profissional, ao fazer o bem, estará priorizando a “qualidade” de vida do paciente, não a quantidade de dias. Esse ponto é essencial quando da análise da terminalidade da vida e do uso desproporcional da terapêutica obstinada.

### **Princípio da não maleficência**

O princípio da não maleficência decorreu do desdobramento do princípio da beneficência, tendo em vista que o Relatório Belmont não o identificou como tal<sup>25</sup>. Foi a publicação de Beauchamp e Childress, *Principles of biomedical ethics*, que o seguiu no mesmo ano, que trouxe esse acréscimo; Beauchamp havia participado da Comissão que elaborou mencionado documento.

Assim, descreve a obrigação do profissional de saúde de não ocasionar um dano intencional a pacientes<sup>26</sup>. A análise de dano refere-se tanto a danos atuais quanto futuros à saúde e ao corpo do indivíduo. Esse princípio está relacionado à ética hipocrática: *primum non nocere*<sup>27</sup>.

---

<sup>20</sup> Leo Pessini e Christian de Paul Barchifontaine, Problemas atuais de bioética (São Paulo: Loyola, 2000).

<sup>21</sup> Tom Beauchamp e James Childress, Princípio de ética biomédica (São Paulo: Loyola, 2013).

<sup>22</sup> Aline Albuquerque, Manual do direito do paciente (Belo Horizonte: CEI, 2020).

<sup>23</sup> Tom Beauchamp e James Childress, Principles of biomedical ethics...

<sup>24</sup> Maria Celeste Cordeiro Leite Santos, Equilíbrio de um pêndulo: bioética e a lei: implicações médico-legais (São Paulo: Ícone, 1998), 43.

<sup>25</sup> Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno Torquato de Oliveira Naves, Bioética e biodireito (Indaiatuba: Foco, 2021).

<sup>26</sup> Maria Helena Diniz, O estado atual do biodireito...

<sup>27</sup> Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus Maluf, Curso de bioética e biodireito (São Paulo: Almedina, 2020).

A não maleficência na prática, exige que o médico pondere os benefícios advindos de todas as intervenções e tratamentos, afastando-se daqueles que não representem os melhores interesses do paciente. A distanásia se caracteriza por conduta médica que resulte em sofrimento do paciente por meio de tratamentos inúteis e desnecessários, que apenas objetivam a manutenção da vida biológica.

### **Princípio da justiça**

Por fim, o princípio da justiça, prevê a necessidade de distribuição imparcial dos riscos e benefícios da prática médica<sup>28</sup>. Isso significa que não deve haver discriminação na distribuição de recursos como medicamentos e tratamentos.

Esse princípio demonstra que hoje o exercício da Medicina envolve questões públicas, de acesso e alocação de recursos escassos<sup>29</sup>. Assim, deve haver uma “distribuição justa, equitativa e universal dos serviços de saúde”<sup>30</sup>, e, dessa forma, esse princípio está relacionado com o da equidade: como todos são iguais, devem ser tratados de forma igual, desde que a distribuição justa de recursos atenda preferencialmente às pessoas mais vulneráveis. Um exemplo da aplicação desse princípio se refere às Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e à falta de leitos, além dos casos de transplantes de órgãos<sup>31</sup>.

A aplicação do princípio da justiça em um contexto da distanásia se amolda adequadamente por se tratar da distribuição de benefícios na área da saúde à sociedade de forma geral. Assim, a adoção de tratamentos desnecessários implica impacto orçamentário e consequente distribuição desigual.

### **Princípio da dignidade da pessoa humana**

A dignidade da pessoa humana está prevista no art. 1º, III da Constituição Federal<sup>32</sup> e é intrínseca a todas as pessoas, não podendo ser concedida ou retirada: “Dignidade não pode ser, portanto, atribuída a um ser humano ou dele retirada. Não é algo que teríamos de alcançar ao cabo de um penoso processo de consenso. Ela não pode ser adquirida nem vir a ser perdida. O que simplesmente podemos é merecê-la ou feri-la”<sup>33</sup>.

A elevação da dignidade da pessoa humana como princípio de diversas Constituições ocorreu no pós-Guerra. Antes disso, filósofos já discutiam o conceito e a extensão dele; assim, a máxima kantiana de dignidade da pessoa humana foi incluída na Declaração Universal dos Direitos Humanos: “age de tal maneira que trates a humanidade, tanto na sua própria pessoa como na do outro, sempre como

---

<sup>28</sup> Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus Maluf, Curso de bioética e biodireito...

<sup>29</sup> Maria Celeste Cordeiro Leite Santos, Equilíbrio de um pêndulo...

<sup>30</sup> Maria Celeste Cordeiro Leite Santos, Equilíbrio de um pêndulo..., 43.

<sup>31</sup> Maria Celeste Cordeiro Leite Santos, Equilíbrio de um pêndulo...

<sup>32</sup> Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil...

<sup>33</sup> João Baptista Villela, “Variações impopulares sobre a dignidade da pessoa humana”, em Doutrina: edição comemorativa dos 20 anos, organizado por Brasil. Superior Tribunal de Justiça (São Paulo: Via Lettera, 2009), 562.



fim e jamais como meio”<sup>34</sup>. Diante disso, é oportuno citar a visão de três filósofos: Immanuel Kant, George Wilhelm Friedrich Hegel e Ronald Dworkin.

Para Kant, a dignidade da pessoa está diretamente relacionada com sua autonomia e afirma que se seres racionais são pessoas, conseqüentemente são portadores de dignidade; por isso, defende que o ser humano nunca será um meio para algo, mas sempre um fim em si mesmo<sup>35</sup>. Essa é uma nítida diferença entre o ser humano e os animais, porque os primeiros têm capacidade de autodeterminar-se.

Já Hegel, seguindo uma corrente mais histórica e sociológica, compreende que a dignidade está vinculada ao reconhecimento da pessoa, tanto em si como para a sociedade<sup>36</sup>. Dessa forma, o autor detém uma visão do ser humano em sociedade, adquirindo um reconhecimento pessoal e social. Não considera que a dignidade é inata, como Kant preconiza, mas sim dependente do reconhecimento.

A visão de dignidade também se fundamenta em dois princípios: valor intrínseco e responsabilidade pessoal. O primeiro compreende que a vida humana tem valor objetivo, logo todas as ações são vistas sob a ótica de querer/reprovar; e o segundo afirma que as pessoas são responsáveis pelo desenvolvimento da sua potencialidade<sup>37</sup>.

Com grande influência do pensamento kantiano, Dworkin<sup>38</sup> compreende a dignidade como um valor intrínseco do ser humano, segundo o qual não pode ser instrumentalizado. Assim, ao ser humano devem ser fornecidas condições para viver com dignidade, o que significa que não deve ser tratado com desrespeito por sua comunidade de origem. Nesse prisma, o autor discute em abundância a questão da indignidade.

Sobre a proteção da vida, Dworkin<sup>39</sup> defende a sacralidade da vida, mas, utilizando-se desse argumento também preconiza a autonomia do indivíduo para encerrá-la quando se trata de um processo natural de terminalidade em curso. Assim, ele considera que obrigar uma pessoa a ser mantida viva por meios artificiais não respeita a sacralidade da vida nem a dignidade. A esse respeito, comenta:

“os que desejam uma morte prematura e serena para si mesmo ou para seus parentes não estão rejeitando ou denegrindo a santidade da vida; ao contrário, acreditam que uma morte mais rápida demonstra mais respeito para com a vida do que uma morte protelada. Uma vez mais, os dois lados do debate sobre eutanásia compartilham uma preocupação com a santidade da vida; estão

---

<sup>34</sup> Regina Fiuza Sauwen e Severo Hryniewicz, *O direito “in vitro”: da bioética ao biodireito* (Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000), 66.

<sup>35</sup> Selma Rodrigues Petterie, *O direito fundamental à identidade genética na constituição brasileira* (Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007).

<sup>36</sup> Mariana Secani Lucas Fredes, “A dignidade e a autonomia garantidas pelo estado hegeliano”, *Intuitio*, Vol: 7 num 2 (2014): 226-235.

<sup>37</sup> Ronald Dworkin, *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais* (São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009).

<sup>38</sup> Ronald Dworkin, *Domínio da vida...*

<sup>39</sup> Ronald Dworkin, *Domínio da vida...*

unidos por esse valor e só divergem sobre a melhor maneira de interpretá-lo e respeitá-lo.”<sup>40</sup>

Ainda na temática da eutanásia e sobre o conceito de dignidade humana, afirma:

“[...] é imperdoável ignorar por completo a grande importância dessas questões [...] deixar o destino de um amigo inconsciente ou demenciado nas mãos de estranhos de avental branco, com base no pressuposto de que não mais lhe importa o que possa acontecer [...]. Para resumir: o maior insulto à sacralidade da vida é a indiferença ou a preguiça diante de sua complexidade.”<sup>41</sup>

Esse apontamento é relevante, pois apresenta grande valorização da autonomia do indivíduo e identifica que na situação em que o processo de morte já se iniciou e não há possibilidade de melhora, prioriza-se uma morte digna.

Diniz (2008, p. 16) pontua que “para a bioética e o biodireito<sup>42</sup> a vida humana não pode ser uma questão de mera sobrevivência, mas sim de ‘vida com dignidade’”<sup>43</sup>. Assim, destaca-se a preocupação em sempre observar se a dignidade está sendo respeitada em todas as fases da vida, incluindo a terminalidade. Nesse aspecto, deve-se enfatizar que muitas vezes tratar com dignidade o paciente é respeitar as vontades dele, permitindo que tenha autonomia decisória nos momentos finais de sua vida.

### **Distanásia**

O termo *distanásia* não é conhecido tanto quanto *eutanásia*, seus significados são opostos: a primeira representa o prolongamento da vida de maneira desproporcional e insensata, já a segunda se refere à abreviação da vida. Raramente se observam nas mídias notícias relacionadas à prática da distanásia, diferentemente ocorre com a eutanásia, termo difundido com maior amplitude. Contudo, a prática da distanásia se mostra habitual, especialmente nas UTIs – “modernas catedrais do sofrimento humano”<sup>44</sup>.

Assim, distanásia é a utilização de procedimentos desproporcionados que prolongam o sofrimento e a agonia e em nada contribuem para a qualidade de vida do paciente que vive a terminalidade, compreendendo um fenômeno cultural típico da sociedade atual que subestima a finitude da vida. Para Sertã, ela ainda não foi bem compreendida, tampouco suficientemente referida e considerada pelos estudiosos ligados à Medicina ou ao Direito<sup>45</sup>. Provavelmente o melhor conceito seja

---

<sup>40</sup> Ronald Dworkin, Domínio da vida..., 341.

<sup>41</sup> Ronald Dworkin, Domínio da vida..., 343.

<sup>42</sup> O biodireito trata da atuação jurídica para regulamentar as questões envolvendo biotecnologias, avanços científicos e atuações sobre o próprio ser humano. Diante disso – e com base nos valores jurídicos definidos pela ordem social –, busca regulamentar as complexas relações que surgem.

<sup>43</sup> Maria Helena Diniz, O estado atual do biodireito..., 16.

<sup>44</sup> Leo Pessini, “Terminalidade e espiritualidade: uma reflexão a partir dos códigos de ética médica brasileiros e leitura comparada de alguns países”, O Mundo da Saúde, Vol: 33, num 1 (2009): 41.

<sup>45</sup> Renato Lima Charmaux Sertã, A distanásia e a dignidade do paciente (Rio de Janeiro: Renovar, 2005), 32.

o de tratamento fútil, quando empregados procedimentos terapêuticos sem benefícios reconhecidos pela Medicina. Sobre a expressão *futilidade*, Gracia discorre:

“o termo entrou na área da ética biomédica a partir da moral católica, por obra de um ex-jesuíta norte-americano, Albert R. Jonsen. Na perspectiva da moral católica, é bastante fácil considerar fúteis todas aquelas práticas que tenham caráter extraordinário ou desproporcionado. A expressão *futilidade*, com efeito, começou significando isto, e sendo, portanto, um termo técnico para designar o que é aplicado num paciente e não produz um benefício, mas um dano.”<sup>46</sup>

Farias e Rosenvald lecionam que a distanásia prolonga o processo do morrer artificialmente, gerando sofrimento: “é a continuação, por intervenção da Medicina, da agonia, mesmo sabendo que, naquele momento, não há chance conhecida de cura”<sup>47</sup>. Já Santos compreende que a prática de terapêuticas obstinadas representa a má prática médica:

“considera-se hoje que a ‘obstinação’ ou ‘encarniçamento’ terapêuticos são uma má prática médica, prática que consiste em sobrecarregar constantemente a pessoa doente com actos médicos que a impedem de morrer na paz possível, verificando-se existir deste modo um interesse desrazoável em prolongar cada minuto de vida, independentemente da sua qualidade. Trata-se de actuações que são consideradas desproporcionadas ao estado da pessoa doente, que delas não retirará qualquer benefício.”<sup>48</sup>

Percebe-se que não há definição única da distanásia, mas, em comum, todas destacam que se trata de “uma ação, intervenção ou um procedimento médico que não atinge o objetivo de beneficiar a pessoa em fase terminal e que prolonga inútil e sofridamente o processo do morrer, procurando distanciar a morte”<sup>49</sup>. A respeito da incompreendida definição de terminalidade, Gutierrez observa:

“a terminalidade parece ser o eixo central do conceito em torno da qual se situam as consequências. É quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O paciente se torna ‘irrecuperável’ e caminha para a morte, sem que se consiga reverter este caminhar.”<sup>50</sup>

A distanásia acarreta sofrimento aos pacientes que vivem a irreversibilidade do seu estado de saúde e às famílias que, muitas vezes, não compreendem a

---

<sup>46</sup> Diego Gracia, *Ética de los confines da vida* (Bogotá: Editorial El Búho, 1998), 258.

<sup>47</sup> Cristiano Alves Farias e Nelson Rosenvald, *Curso de direito civil* (Salvador: JusPodivm, 2018), 435.

<sup>48</sup> Laura Ferreira Santos, *Testamento vital: o que é? Como elaborá-lo?* (Porto: Sextante, 2011), 56.

<sup>49</sup> Leo Pessini, *Distanásia: até quando prolongar a vida?* (São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2007), 330.

<sup>50</sup> Pilar Gutierrez, “O que é o paciente terminal?”, *Revista da Associação Médica Brasileira*, Vol: 47 num 2 (2001), 92.

ausência de opções terapêuticas. Assim, a necessidade de enfrentamento da morte, o sentimento de impotência, a inexistência da autonomia e as preocupações financeiras reverberam na esfera pessoal, social e familiar:

“No aspecto pessoal, o indivíduo doente se torna passivo e não decide por si só, apenas vive em função do processo tecnológico que o mantém controlando o seu tempo. No processo social ocorre o esgotamento da disponibilidade de recursos mediante uma situação irreversível impedindo o uso de tais recursos para situações mais abrangentes para a sociedade. E o aspecto familiar no qual ocorre uma dualidade psicológica entre manter o ente querido vivo ou optar pela perda de seu parente.”<sup>51</sup>

A distanásia vai além da utilização de recursos advindos da evolução biotecnológica, e, do ponto de vista médico, quem age assim desconsidera a ordem normativa que veda a tortura, tratamentos desumanos ou degradantes, nos moldes do art. 5º, inciso III, da Constituição Federal<sup>52</sup>.

Os dilemas éticos decorrentes dos avanços não devem ser ignorados. A morte ainda é uma realidade, mesmo que com percepções bastante modificadas. Nesse sentido, se pronuncia Friel: “From the Middle Ages to the mid-19th century, the attitude toward death changed from something that was commonplace, ordinary, expected and accepted, to something that was shameful and forbidden. Lies began to surround the process of dying”<sup>53 54</sup>.

Urge, portanto, que se debruce sobre estudos e reflexões bioéticas acerca da distanásia, de modo que tanto profissionais da área da saúde quanto da do Direito contribuam para a correta disseminação de informações pertinentes sobre a necessidade de práticas humanizadas de cuidados aos pacientes portadores de enfermidades terminais. Sem dúvida, o assunto é preocupante, polêmico e, em virtude da pluralidade moral, de difícil consenso<sup>55</sup>.

Vale reforçar que quantidade de dias e qualidade de vida não são sinônimos e também compreender que um quadro de irreversibilidade não significa abandono. Nessa lógica, Hellegers comenta que “[...] mais atenção ao doente e menos à cura em si mesma [...]. Não é o momento de pôr de lado esta medicina da atenção, que não exige muita tecnologia [...]”<sup>56</sup>.

A sociedade ocidental enfrenta dificuldades em aceitar a finitude da vida, insiste na cultura da negação. Um exemplo pode ser observado nas UTIs brasileiras

---

<sup>51</sup> Heloísa de Oliveira Tomishima e Guilherme de Oliveira Tomishima, “Ortotanásia, eutanásia e a distanásia: uma análise sob o aspecto da dignidade da pessoa humana e a autonomia da vontade”, ETIC – Encontro de Iniciação Científica, Vol: 15 num 15 (2019).

<sup>52</sup> Thiago Bosetti Santiago e Pedro Humberto Campelo Matos Júnior, “Bioética e distanásia”, V Seminário Científico Unifacig (2019).

<sup>53</sup> Tradução livre: “Da Idade Média até meados do século XIX, a atitude em relação à morte passou de algo corriqueiro, ordinário, esperado e aceito para algo vergonhoso e proibido. Mentiras começaram a cercar o processo de morrer”.

<sup>54</sup> Camilla Zimmermann, “Death denial: obstacle or instrument for palliative care? An analysis of clinical literature”, *Sociology of Health Illness*, Vol: 29 num 2 (2007): 300.

<sup>55</sup> Leo Pessini, *Distanásia: até quando prolongar...*

<sup>56</sup> Leo Pessini, *Distanásia: até quando prolongar...*, 335.

que, quando recebem pacientes com baixas perspectivas de recuperação, realizam tratamentos baseados em protocolos clínicos, mantendo os indivíduos internados, ainda que sem a possibilidade real de melhora. Essa conduta de buscar incansavelmente o prolongamento da vida, mesmo em uma situação de impossibilidade de melhora, configura a obstinação terapêutica<sup>57</sup>.

Tal prática muitas vezes decorre do entendimento de profissionais de saúde de que a vida biológica é o único aspecto a ser levado em conta, não avaliando a vida de relação, toda história biográfica da pessoa, suas preferências, aquilo que verdadeiramente faz sentido. Esses aspectos que formam o indivíduo e sua noção de vida não são sopesados no momento das escolhas terapêuticas visando ao bem do paciente.

Certamente, a insegurança jurídica atemoriza muitos profissionais de saúde que, com receio de processos judiciais “fazem tudo”. Nesse sentido, Bobbio afirma:

“[...] está crescendo a pressão de seguradoras e advogados que exploram a imprevisibilidade do curso das doenças para promover ações por perdas e danos decorrentes de um evento adverso. Os médicos e as estruturas de saúde, para evitar processos judiciais longos, humilhantes e dispendiosos, submetem os pacientes a um crescente número de exames e à prescrição de um exorbitante número de medicamentos, visto que paciente e familiares ficam mais perturbados pela omissão do que pela ação excessiva, esquecendo os danos que podem ser provocados por um exame ou por um tratamento inútil.”<sup>58</sup>

Denota-se que a conduta de obstinação terapêutica não decorre apenas do médico, mas igualmente do paciente e da família, que se sentem mais seguros com o excesso de tratamentos. Ou seja, pacientes, muitas vezes dominados pela ideia de que “a Medicina pode tudo”, desejam que tudo seja feito para curá-los; “às vezes, conhecer os limites da medicina é um dom que os profissionais de saúde devam assimilar”<sup>59</sup>.

Importa destacar as limitações culturais e sociais impostas aos médicos atreladas ao prolongamento indevido da vida:

“naturalmente, até o mais moço dos médicos terá armazenado em sua memória tipo ‘leitura- apenas’ a recordação de algum doente terminal cuja morte foi adiada. A crença em milagres é a força sustentadora de indiscutíveis convicções religiosas. Em consequência, os médicos estão cada dia menos preparados para uma de suas mais delicadas missões, a de atenuar a agonia, a dor e o estresse psicológico de morrer, tanto para as vítimas como para as famílias. No entanto, o médico não é um agente livre. Mesmo quando consciente de que talvez seja impróprio infligir dor com o intuito de postergar o inevitável, o médico está acorrentado a limitações culturais e sociais. A sacrossanta tradição médica confere

---

<sup>57</sup> Leo Pessini e José Eduardo de Siqueira, “Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida”, *Revista Bioética*, Vol: 27 num 1 (2019): 29-37.

<sup>58</sup> Marco Bobbio, *O doente imaginado* (São Paulo: Bamboo Editorial, 2014), 158.

<sup>59</sup> Marco Bobbio, *O doente imaginado*, 158.

ao médico missão singular de curar a doença e assim prolongar a vida. Para cumpri-la todos os recursos existentes devem ser empregados. Conquanto essa incumbência central seja nobre, e indiscutível em abstrato, está divorciada das novas realidades. A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do ato de morrer. Esse potencial quase divino é fonte de arrogância para o médico e inspira nos pacientes expectativas irreais e irrealizáveis.”<sup>60</sup>

A discussão acerca da distanásia abarca aspectos éticos e jurídicos. Os valores que acompanham a evolução são mutáveis e divergem de acordo com a cultura e os valores de cada pessoa. Desse modo, trazer reflexões sobre direitos fundamentais atrelados à morte digna se faz necessário, não na perspectiva da abreviação da vida, que incontestavelmente configura a prática da eutanásia, mas do ponto de vista do prolongamento desmedido que aterroriza a muitos, sob a ameaça de sobreviverem já estando privados de vida dotada de dignidade.

### 1.5 A morte e a Medicina

A morte faz parte da vida. A finitude implacável alcançará a todos, sem reserva, sem privilégios; todos terão seu fim de uma forma ou de outra. Assim, algumas definições de morte se mostram pertinentes, como: “a morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida (Lovisoló). O morrer como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível e o êxito letal”<sup>61</sup>.

Acerca da frívola tentativa de a Medicina vencer a morte, Diniz (apud Sertã) comenta:

“a medicina deve ter a humildade de não tentar, obstinadamente, vencer o invencível, seguindo os passos do paciente com mais *sprit de finesse*, orientada por nova ética fundada em princípios sentimentais e preocupada em atender as dificuldades do final da vida humana. Tal ética é imprescindível para suprir uma tecnologia dispensável. Estamos convencidos da finitude da vida e de quem sem amor, sem uma palavra amiga, sem esperança, sem generosidade e sem alegria a própria vida é uma morte viva, sabemos que a lei não pode resolver todos os problemas polêmicos aqui apontados, por serem tidos como a ponta do *iceberg* disfarçado de tensão social, mas apenas controlá-los, reduzindo-os, sem contudo eliminá-los, propondo solidariedade humana ao paciente terminal, respeitando sua dignidade como ser humano, auxiliando-o a exercer o seu direito a uma morte digna. Gostaríamos de enfatizar que, nesse estado de coisas, urge a edição de normas mais humanas e eticamente aceitas que acompanhem os avanços da medicina, apontando critérios para que o morrer dignamente seja uma realidade.”<sup>62</sup>

Para Pessini<sup>63</sup>, a boa Medicina tem início com os cuidados da pessoa. Assim, o objeto dela é o ser humano, com toda sua complexidade biopsicossocial e espiritual. Do conceito apresentado, percebe-se que o profissional atua sobre um ser que necessita de cuidados; dessa forma, nota-se que, pensando em tratar de pessoas que circunstancialmente padecem de uma enfermidade, alguns

<sup>60</sup> Bernard Lown, A arte perdida do curar (São Paulo: Petrópolis, 2008), 287.

<sup>61</sup> Raquel Duarte Moritz, “O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais da saúde diante da morte” (Tese de Doutorado na Universidade Federal de Santa Catarina, 2002), 21.

<sup>62</sup> Renato Lima Charmaux Sertã, A distanásia e a dignidade..., 15.

<sup>63</sup> Leo Pessini, Distanásia: até quando prolongar...

profissionais de saúde buscam de forma desarrazoada curá-los de doenças incuráveis. É importante destacar que o cuidado deve ser implementado em todas as circunstâncias de adoecimento, pois nem todos os pacientes serão alcançados pela cura de suas enfermidades, mas todos poderão ser cuidados independentemente de suas doenças serem curáveis ou não.

Após esses breves apontamentos sobre a atuação da Medicina, vale elencar seus objetivos. Segundo Sertã, citando Pessini, são eles: a) prevenção da doença e do sofrimento; b) promoção e manutenção da saúde; c) alívio da dor e do sofrimento; d) cura para pacientes com doenças potencialmente curáveis; e) cuidados para pacientes com doenças não curáveis; f) não abreviação da vida; e g) empenho por uma morte pacífica<sup>64</sup>. Tais objetivos são fundamentais para a compreensão do conceito de saúde segundo exposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”<sup>65</sup>. Portanto, saúde é um preceito que vai além da inexistência de doenças, da perseguição de que todo mal pode ser identificado pela tecnologia em saúde<sup>66</sup>.

Indiscutivelmente, a morte é uma circunstância difícil, dolorosa e muitas vezes enraizada na impotência, porém deve ser discutida. Decisões devem ser tomadas com base nos melhores interesses do paciente, na beneficência e, especialmente, em respeito aos princípios bioéticos da não maleficência e autonomia.

Lown menciona que a sociedade norte-americana parece ter se conformado com a morte lenta: “a conclusão é que a medicina científica prolongou e melhorou a vida, porém, ao mesmo tempo, piorou a morte”<sup>67</sup>. Aos médicos não cabem a infalibilidade, a promessa da cura, a busca inalcançável pelo adiamento da morte. Não há estratégia perfeita, que só ofereça benefícios ao paciente, e disso este deve estar ciente, evitando ilusões sobre ser salvo da morte<sup>68</sup>.

Competem ao saudável relacionamento médico-paciente: a escuta compassiva; o auxílio na compreensão das informações por meio da relação dialógica mais simétrica possível; a compreensão do que verdadeiramente importa ao paciente; e o cuidado humanizado, com foco na pessoa, não na doença, que muitas vezes parece definir a condição irremovível da existência do paciente.

## **A biotecnologia e a morte**

A biotecnologia trouxe uma nova concepção de vida e do processo de morte, tendo em vista as inúmeras possibilidades de prolongamento artificial da vida biológica. Siqueira, Zoboli e Kipper, oferecem pontual contribuição no que se refere ao avanço da tecnologia na área da saúde:

---

<sup>64</sup> Renato Lima Charmaux Sertã, A distanásia e a dignidade...

<sup>65</sup> World Health Organization (WHO), Official records of the World Health Organization n. 2. Summary report on proceedings minutes and final acts (Geneva: WHO, 1948), 16.

<sup>66</sup> José Eduardo de Siqueira, Elma Zoboli e Délio José Kipper (Orgs.), Bioética clínica (São Paulo: Gaia, 2008).

<sup>67</sup> Bernard Lown, A arte perdida do curar..., 289.

<sup>68</sup> Marco Bobbio, O doente imaginado...

“o século XX tornou real o mais extraordinário desenvolvimento da tecnologia biomédica, ao mesmo tempo que, paradoxalmente, fez reduzir a credibilidade devotada aos profissionais de saúde. Os pacientes confiam na tecnociência e desconfiam do profissional. Na mesma proporção em que valorizam as informações fornecidas pelos equipamentos, subestima-se a competência dos profissionais de saúde para estabelecer juízos diagnósticos acertados. Junte-se a isso a crescente presença de empresas de medicina de grupo ávidas por lucros, instituições de ensino guiadas exclusivamente por interesses financeiros e teremos, como resultado final, o caos que impera na assistência à saúde.”<sup>69</sup>

Os ensinamentos de Hans Jonas demonstram que a tecnologia se revela em um novo dilema:

“[...] a moderna tecnologia médica, mesmo que não possa curar, aliviar ou comprar um prazo adicional de vida que valha a pena, por mais curto que seja, pode retardar de múltiplas maneiras o final mais além do ponto no qual a vida assim prolongada valha a pena ao próprio paciente, incluindo mais além do ponto em que ele pode valorá-la.”<sup>70</sup>

Outrora, a figura paterna sacerdotal do médico de família, que atuava em parceria com padres em busca de alcançar uma morte serena para a pessoa doente, deu espaço a inimagináveis avanços tecnológicos e novas abordagens diante do processo de morrer, visando a alcançar pacientes com doenças terminais, transformando muitas vezes a morte em uma inimiga<sup>71</sup>. Bobbio menciona a importância dos progressos obtidos por meio das pesquisas da engenharia biomédica, que trouxeram maior precisão e segurança; contudo, alerta que o excesso de terapias pode ser um risco, propiciando mais erros. O autor menciona que o referido excesso se mostra, na verdade, como um dos maiores desafios a serem enfrentados pela Medicina moderna:

“Daniel Callahan, pioneiro da bioética e fundador do Hastings Center, defende que a medicina atual é ‘caracterizada por uma poderosa exigência perfeccionista’, que anula a percepção do limite e torna legítimo qualquer pedido de saúde: basta dispor de tecnologia adequada, de excelentes profissionais e de um dinheiro infinito. Todavia, quando o pedido de saúde não é contido e satisfeito, torna-se patológico e produz frustrações, mal-estar, angústias, até envenenar a existência.”<sup>72</sup>

Tal postura tem sido comumente adotada por médicos e consiste em uma afronta direta aos princípios da não maleficência e da autonomia e à dignidade. Tais princípios estabelecem que devem ser evitadas intervenções que se revelem em

---

<sup>69</sup> José Eduardo de Siqueira, Elma Zoboli, e Délio Kipper (Orgs.), *Bioética clínica* (São Paulo: Gaia, 2008).

<sup>70</sup> Hans Jonas, *Técnica, medicina e ética: sobre a prática do princípio responsabilidade* (São Paulo: Paulus, 2013), 2.

<sup>71</sup> Leo Pessini, *Distanásia: até quando prolongar...*

<sup>72</sup> Marco Bobbio, *Medicina demais: o uso excessivo pode ser nocivo à saúde* (Barueri: Manole, 2020), 21.



desrespeito à dignidade e à autonomia de pacientes. Assim, haverá sua violação quando submeterem o paciente a intervenções cujo sofrimento resultante seja muito maior do que o benefício eventualmente obtido.

Contudo, mesmo com a impossibilidade tecnológica de impedir a morte certa, muitos pacientes têm as vidas prolongadas obstinadamente. Nesse sentido, Ana Claudia Quinta Arantes comenta:

“hoje vivemos em uma era ímpar na medicina: muito se pode fazer para prolongar a vida humana. Ainda assim, mesmo com toda a tecnologia, morreremos. Morrer de morte natural pressupõe a existência de uma doença que segue seu curso natural de evolução, independentemente dos tratamentos que possam ser oferecidos, mesmo os mais modernos.”<sup>73</sup>

Diante do cenário de negação da finitude da vida e da utilização desarrazoada da tecnologia, a possibilidade pelos cuidados de conforto em final de vida passa a ser fundamental. A cura não será alcançada para todos os pacientes, ainda que seja empregada a mais apurada tecnologia da área médica, entretanto o cuidado de conforto deve ser dispensado indistintamente.

### **Diretivas antecipadas como instrumento inibidor da prática da distanásia**

As diretivas antecipadas constituem instruções de cuidados em saúde que guiarão a equipe responsável; são expressas antecipadamente e passam a produzir efeito quando a pessoa estiver impossibilitada de manifestar autonomamente. Não se trata de uma simples ferramenta, mas da expressão do direito à autodeterminação e ao exercício de autoconhecimento relacionado à finitude humana, tendo como objetivo a legitimação da vontade da pessoa.

Conforme ressaltam Pavão e Espolador, a origem desse instrumento deu-se nos Estados Unidos e teve como objetivo a manifestação de vontade de pacientes sobre os cuidados de saúde, possibilitando a expressão dos desejos e das preferências de forma antecipada, bem como do exercício da autonomia e da preservação nas tomadas de decisão<sup>74</sup>. Quanto à nomenclatura, não se adentrará nas especificidades por não ser a finalidade do presente estudo; assim, a que será aplicada aqui é Diretiva Antecipada (DA). Tal termo foi publicado no *Jornal da Associação Médica Americana* de 2015:

“Diretivas Antecipadas são instruções escritas que o paciente prepara para ajudar a guiar seu cuidado médico. São aplicadas a situações específicas como uma doença terminal ou um dano irreversível. As Diretivas Antecipadas produzem efeito quando o

---

<sup>73</sup> Ana Claudia Quintana Arantes, *A morte é um dia que vale a pena viver* (Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016), 84.

<sup>74</sup> Juliana Carvalho Pavão e Rita de Cássia Resquetti Tarifa Espolador, “As disposições sobre diretivas antecipadas de vontade no Brasil”, *Revista do Direito Público*, Vol: 14 num 2 (2019): 168-186.

médico determina que o paciente não é mais capaz de decidir acerca de seus cuidados médicos.”<sup>75</sup>

Essa nomenclatura também é utilizada pela Associação Médica Mundial, tendo em vista que a expressão não se refere apenas à vontade, como o termo mais conhecido de “Diretiva Antecipada de Vontade”, mas possibilita a inclusão das preferências do paciente<sup>76</sup>. No tocante à regulamentação, apesar de haver leis em diversos países do mundo, no Brasil não existe legislação específica acerca do tema, apenas Projetos de Leis (PL), como o PL 149/2018, que tramita no Senado Federal e trata do assunto – é o que demonstra estar mais avançado, pois aguarda realização de audiência pública.

Quanto à análise jurídica das DA no Brasil, a ausência de legislação específica não é impeditivo para elaboração do documento. Isso se deve ao fato de que existe arcabouço legal suficiente à legitimação da vontade, tal como a Constituição Federal, tratados internacionais que versam sobre direitos humanos, Código Civil<sup>77</sup>, enunciados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e ainda a Resolução n. 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina<sup>78</sup>. Assim, é possível reconhecer a validade de uma DA realizada em solo brasileiro.

Entretanto, indene de dúvidas a urgência na aprovação pelo Congresso Nacional de legislação acerca do tema, sobretudo para trazer segurança jurídica a pacientes, familiares e profissionais de saúde.

“no Brasil, não há previsão legal expressa que disponha sobre as DA. No entanto, o direito à DA deriva do direito à autodeterminação, decorrente do direito à privacidade, previsto no Artigo 17 do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, no Artigo 11 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, no Artigo 12 da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência e no inciso X do art. 5º da Constituição Federal de 1988. Registre-se que a Resolução nº 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina, dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade do paciente. Conforme reconhecido pelo Conselho da Europa, o acesso de todos os pacientes às DA é uma questão de direitos humanos, e os estados devem adotar medidas para que as DA sejam de fácil acesso, sem excessiva formalidade. Portanto, é essencial que o Congresso Nacional aprove legislação que disponha sobre as DA, porquanto é fundamental que haja uma lei para que se configure segurança jurídica aos profissionais de saúde e aos pacientes quanto à temática das DA.”<sup>79</sup>

No que diz respeito ao reconhecimento das DA pelo Poder Judiciário, “sinalizam tendência à admissão, pelos julgadores, dessas diretivas antecipadas,

---

<sup>75</sup> Amy E. Thompson, “Advance directives”, *Jama*, Vol: 313 num 8 (2015): 868.

<sup>76</sup> Aline Albuquerque, *Manual do direito do paciente...*

<sup>77</sup> Brasil, Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil (Brasília: Diário Oficial da União, 2002).

<sup>78</sup> Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.955, de 9 de agosto de 2012 (Brasília: Diário Oficial da União, 2012).

<sup>79</sup> Aline Albuquerque, *Manual do direito do paciente...*, 161.

em que a pessoa dispõe qual a conduta a ser adotada, pelos médicos, caso o autor dessas disposições esteja em fase terminal de doença incurável”<sup>80</sup>.

Embora de caráter infralegal, o Conselho Federal de Medicina emitiu em agosto de 2012 a Resolução n. 1.995 que, em seu art. 1º, define como diretivas antecipadas de vontade “o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade”<sup>81</sup>.

Superando os aspectos legais da inexistência de legislação<sup>82</sup>, conforme relato publicado em 1993 pelo *American Journal of Public Health*, 1.400 profissionais de Medicina e de Enfermagem de cinco grandes hospitais participaram de uma pesquisa sobre cuidados que dispensaram a pessoas que viviam a fase terminal da doença. Setenta por cento deles responderam que adotavam postura excessiva, muitas vezes contrariando a vontade dos pacientes, embora já conhecida; além disso, disseram que ignoravam as próprias convicções.

O relato apresentado remonta a 1993, mas será que com o passar dos anos essa postura recalcitrante por parte dos profissionais de saúde se mostra diversa? A pergunta ainda parece desafiadora atualmente, contudo se observa a tendência de responsabilização decorrente da prática do ato ilícito, que, em apertada síntese, seria o descumprimento da vontade do paciente, tema que será mais bem analisado adiante.

Alguns dos dilemas enfrentados para a efetivação das DA estão na ausência de informação adequada prestada por profissional de saúde e escolhas que não são claras e demandam interpretações, bem como insegurança por parte de profissionais em seguir a vontade de pacientes<sup>83</sup>. É primordial que se reconheça, antes, o que importa ao paciente para, conseqüentemente, verificar a percepção de dignidade; por fim, deve-se acolher e respeitar as preferências dele, ainda que completamente diversas dos familiares e dos profissionais da saúde.

Aceitar decisões que vão ao encontro da moralidade de partícipes da relação profissional-paciente/família é simples, diferentemente daquelas que se afastam da moralidade dos envolvidos; por isso, o processo da construção de uma DA constitui um grande desafio, pois incita o julgamento de quem deveria apoiar as decisões do paciente.

Engelhardt Jr. reflete acerca dos estranhos morais e da essencialidade da bioética:

“em um dos meus livros, (Fundamentos da Bioética, 1998), focalizo a possibilidade de trabalharmos juntos e pacificamente, ainda que não dividamos a mesma religião ou ideologia. Trata-se da Bioética dos ‘estranhos morais’. Suponhamos que o nosso trabalho seja dentro de um grande hospital religioso. Logicamente ficaremos ao

---

<sup>80</sup> Miguel Kfoury Neto, Responsabilidade civil dos hospitais: código civil e código do consumidor (São Paulo: Revista dos Tribunais, 2018).

<sup>81</sup> Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.955...

<sup>82</sup> Ronald Dworkin, Domínio da vida...

<sup>83</sup> Aline Albuquerque, Manual do direito do paciente...

lado de médicos, enfermeiros e pacientes que são estranhos morais! A solução contra qualquer atrito é mantermos o respeito e a interação humana, se presumirmos que nossa moralidade possa soar como uma ofensa. É tão simples! [...]

É por isso que julgo a Bioética tão útil, no sentido de abrir espaço às formas diferentes de perceber a estrutura da Medicina e a vida humana, em culturas variadas. É ferramenta importante, pois se vincula à totalidade de aspectos da vida, da sexualidade à reprodução, nascimento, morte, alocação de recursos... Por meio dela subvencionamos discussões relativas ao desenvolvimento de novas tecnologias, por exemplo, que têm um custo, pois são capazes de modificar a forma de nascer das nossas crianças e os padrões de morte.”<sup>84</sup>

A proposta dos estranhos morais de Engelhardt Jr. (1998) revela incontestemente a postura adotada frequentemente pela sociedade, que desrespeita aquilo que tem significado para a outra pessoa. Moralidades diversas não são bem recepcionadas, muitas vezes soam com desprezo, quando, na realidade, deveriam ser respeitadas e trabalhadas conjuntamente em benefício das demais moralidades<sup>85</sup>.

As DA têm como cerne a legitimação da vontade da pessoa por meio de sua capacidade de se autodeterminar. Desse modo, o instrumento mostra-se valioso para rechaçar a prática da distanásia por meio da manifestação antecipada dos valores, desejos e preferências do paciente, vedando a prática de terapêuticas fúteis e obstinadas que visem apenas ao prolongamento da vida biológica.

## **O ensino sobre cuidados paliativos e a distanásia**

Quando se pensa em cuidados paliativos (CP), a ideia de morte iminente e abandono terapêutico logo é associada. Inquestionavelmente, a assistência em CP dispensa cuidados aos pacientes em final de vida, mas não somente. Os CP têm a abordagem centrada na pessoa em sofrimento que enfrenta uma doença ameaçadora da continuidade da vida, assim o âmago do cuidado não está na doença, mas na pessoa enferma em todas as suas dimensões.

O cuidado igualmente é dispensado aos familiares que adoecem conjuntamente. Investir em CP é oportunizar uma medicina humanizada, centrada no cuidado, na qualidade de vida, na autonomia pelo maior tempo possível, na dignidade segundo a percepção do paciente. Cuidados paliativos têm a ver com qualidade de vida, não com quantidade de dias de vida.

Uma pesquisa realizada por cientistas estadunidenses<sup>86</sup> abordou pontos sobre: higiene dos locais; atendimento e morte no local de escolha do paciente; segurança; suporte espiritual e religioso; apoio psicológico; conforto; controle de sintomas; qualidade de vida; apoio e incentivo nas relações com amigos e familiares

---

<sup>84</sup> H. Tristram Engelhardt Jr., “Bioeticista cristão, com ideias seculares”, Centro de Bioética do Cremesp (2005).

<sup>85</sup> H. Tristram Engelhardt Jr., Fundamentos da bioética (São Paulo: Loyola, 1998).

<sup>86</sup> Erick Finkelstein et al., “Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021”, Journal of Pain and Symptom Management, Vol: 63 num 4 (2021): e419-e429.

por parte dos profissionais; auxílio com as preocupações não médicas; informações compreensíveis que permitam tomada de decisão; cordialidade no tratamento com paciente; e custos com tratamentos como óbice ao recebimento dos cuidados. Como resultado, revelou o Brasil como o terceiro pior país no mundo para morrer, à frente apenas do Líbano e do Paraguai: “com uma pontuação final de 38,7, o Brasil recebeu nota ‘F’, a pior possível”<sup>87</sup>.

Um dos grandes desafios da assistência em CP é a formação insuficiente<sup>88</sup>. Igualmente importante é perceber que os CP não almejam a abreviação da vida do paciente<sup>89</sup>, portanto não devem ser confundidos com a prática da eutanásia.

Diante desse cenário, torna-se urgente a necessidade de que a disciplina CP integre as grades curriculares dos cursos da área da saúde e do direito. O objetivo é o aprimoramento de competências e habilidades de futuros profissionais, evitando a disseminação de desinformação. A falta do ensino sobre CP na graduação em Medicina é constatada por Orth e colaboradores no artigo “Conhecimento do acadêmico de Medicina sobre cuidados paliativos”, publicado na *Revista Brasileira de Educação Médica*:

“[...] negaram ter recebido, durante a graduação, informações necessárias para controlar sintomas comuns (como dispneia, vômitos e obstipação) nos pacientes em CP 124 (66%) participantes. Quando questionados sobre ter adquirido, na graduação, informações necessárias para realizar o cuidado de pacientes em situação terminal, 158 (84%) acadêmicos responderam que não adquiriram conhecimento a respeito do assunto [...]”<sup>90</sup>

Corroborando esse entendimento o estudo de Ribeiro e colaboradores intitulado “Ensino dos cuidados paliativos na graduação em Enfermagem do Brasil”, que retrata:

“[...] os resultados permitiram constatar que o ensino dos Cuidados Paliativos enquanto temática teórica e/ou vivencial em disciplina tem pouca expressão nos currículos de graduação de enfermagem. A verificação dessa fragilidade também tem sido retratada em outros estudos que se propõem a analisar o ensino destes em cursos na área da Saúde, inclusive, de enfermagem [...]”<sup>91</sup>

Percebe-se que a ausência de incentivo ao ensino de CP é reforçada por profissionais que preferem o modelo paternalista, no qual o médico permanece na postura sacerdotal e detentor de todo o conhecimento. O trabalho realizado por uma

---

<sup>87</sup> Karolini Bandeira, “Brasil é o terceiro pior país para morrer, aponta estudo”, *Correio Braziliense* (2022).

<sup>88</sup> Ramona Garcia Souza Dominguez et al., “Cuidados paliativos: desafios para o ensino na percepção de acadêmicos de enfermagem e medicina”, *Revista Baiana de Enfermagem*, Vol: 35 (2021): e38750.

<sup>89</sup> Ciro Augusto Floriani e Fermin Roland Schramm, “Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol: 13, num suppl. 2 (2008): 2123-2132.

<sup>90</sup> Larissa Chaiane Orth et al., “Conhecimento do acadêmico de medicina sobre cuidados paliativos”, *Revista Brasileira de Educação Médica*, Vol: 43 num 1 supl 1 (2019): 290.

<sup>91</sup> Barbara Santos Ribeiro et al., “Ensino dos cuidados paliativos na graduação em enfermagem do Brasil”, *Enfermagem em Foco*, Vol: 10 num 6 (2020): 134.

equipe com diferentes saberes não encontra espaço no individualismo, e, por fim, o foco jamais estará na pessoa, mas na doença, visto que cuidar de pessoas demanda maior esforço.

Refletindo sobre os CP e a prática da ortotanásia, Pessini leciona:

“a medicina paliativa, de alguma maneira, se constitui numa terceira via entre a eutanásia, de um lado, e a distanásia, de outro, e procura implementar a ortotanásia, que segundo Marciano Vidal, teólogo espanhol, é uma ‘síntese ética do direito de morrer com dignidade e do respeito pela vida humana’.”<sup>92</sup>

Observa-se a dificuldade no debate acerca de discussões bioéticas relacionadas à morte. Referida complexidade não se atém à sociedade leiga, mas especialmente aos profissionais da área da saúde que raramente compreendem a necessária humanização no processo do morrer:

“o profissional de saúde sabe manejar de forma eficaz a alta tecnologia, porém nem todos são tão eficazes quando se trata do manejo do processo da terminalidade, considerando o fato de humanizar a morte e o morrer. Nesse sentido, vale destacar que, na formação em Medicina, a tecnicidade dos tratamentos curativos é o foco principal, sendo necessário preparar o aluno para lidar com os cuidados paliativos e também para discutir a questão com os pacientes e familiares, o que geralmente é negligenciado.”<sup>93</sup>

Diante de tais situações, o ensino de CP mostra-se de extrema relevância; entretanto, sem que haja comprometimento político e social, é improvável que o Brasil avance na disseminação do tema de forma adequada. O envolvimento da sociedade é de grande valia para que conseqüentemente se perceba pelos poderes Legislativo e Executivo a necessidade de criação de políticas públicas eficientes na assistência em cuidados paliativos.

A pauta dos CP no que se refere ao ensino nos cursos de graduação em Medicina chegou à Secretaria de Educação Superior (Sesu), recepcionando o requerimento apresentado pela deputada Luísa Canziani. Conseqüentemente, deu encaminhamento ao Conselho Nacional de Educação (CNE), que, por meio de seu Colegiado, entendeu pela pertinência do pedido<sup>94</sup>.

A decisão tomada pelo Colegiado do CNE e transmitida durante a audiência pública realizada em 01 de outubro de 2021 pelo conselheiro Luiz Roberto Liza Curi foi no sentido da alteração da matriz curricular da graduação de Medicina, determinando a inserção da disciplina de CP. Como fruto foi elaborada Resolução, relatada, votada e aprovada em sessão do CNE realizada em março de 2022.

A alteração da diretriz curricular na graduação de Medicina potencialmente proporcionará a milhares de pessoas a possibilidade de futuro acesso a uma

---

<sup>92</sup> Leo Pessini, *Distanásia: até quando prolongar...*, 229.

<sup>93</sup> Divanise Suruagy Correia et al., “Cuidados paliativos: importância do tema para discentes de graduação em medicina”, *Revista Brasileira de Educação Médica*, Vol: 42 num 3 (2018): 83.

<sup>94</sup> Agência Câmara de Notícias, *Comissão debate ensino de cuidados paliativos nos cursos de medicina* (Brasília: Câmara dos Deputados, 2021).

abordagem humanizada, que terá início na formação de futuros egressos. Tal formação “possibilita ao estudante desenvolver competências que irão melhorar o cuidado ao paciente não só na finitude, mas também na assistência geral destinada a ele”.<sup>95</sup>

Por fim, a assistência em CP mostra-se um meio eficaz contra a prática da distanásia por meio da disseminação de conhecimento e do cuidado centrado no paciente, no respeito à capacidade de autodeterminação e no direito de receber cuidados mesmo quando a cura não puder mais ser perseguida.

### **Dimensões ético-jurídicas decorrentes da distanásia**

Configurar a prática da distanásia em infração ética profissional, ilícito civil ou crime pode ser um tanto ou quanto controversa; assim, diante de inúmeras incertezas, há insegurança jurídica, especialmente por parte dos profissionais da saúde. A tecnociência trouxe avanços jamais pensados, e, de igual forma, dilemas éticos exponenciais que interferem decisivamente no final da vida, o que pode ser denominado o oitavo dia da criação – assim dizendo, o ato de o ser humano assumir responsabilidades em retardar a morte<sup>96</sup>.

Ante múltiplas indefinições relacionadas à prática da distanásia, debates e reflexões sobre o tema devem ser estimulados, especialmente quando se consideram a vontade manifesta do paciente, o grande sofrimento ao qual será submetido, o alto “investimento” naqueles com doenças terminais e sem qualquer perspectiva de cura e o impacto econômico substancial no Sistema Único de Saúde (SUS) e na saúde suplementar. A análise acerca das dimensões da responsabilização foi feita neste texto especialmente com base nos profissionais de saúde (médicos), pois a obrigação recai sobre o responsável pelo cuidado do paciente – com raras exceções alcança outros profissionais.

### **Responsabilidade administrativa pela prática da distanásia**

A conduta de obstinar a terapêutica leva à prática da distanásia. Muitos profissionais de saúde relatam que identificar a partir de qual ponto pode se afirmar que a terapêutica passa a ser obstinada é de grande complexidade<sup>97</sup>. Nessa quadra de raciocínio, embora intrincada, há a possibilidade de se reconhecer a infração ética profissional praticada em virtude do descumprimento dos dispositivos do código deontológico, especialmente do que preceitua o inciso XXII dos princípios fundamentais e arts. 14, 35 e 41 do Código de Ética Médica (CEM) de 2018<sup>98</sup>. Da

---

<sup>95</sup> Andrea Augusta Castro, Stella Regina Taquette e Natan Lório Marques, “Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil”, Revista Brasileira de Educação Médica, Vol: 45 num 2 (2021): 5.

<sup>96</sup> Leo Pessini, “Terminalidade e espiritualidade”...

<sup>97</sup> Karla Cristiane Oliveira Silva, Alberto Manuel Quintana e Elisabeta Albertina Nietzsche, “Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros”, Escola Anna Nery, Vol: 16 num 4 (2012): 697-703.

<sup>98</sup> Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM n. 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n. 2.222/2018e 2.226/2019 (Brasília: CFM, 2019).

análise do referido Código, já no Capítulo I, “Dos princípios fundamentais”, o inciso XXII versa sobre as terapêuticas desnecessárias. O art. 14 dispõe acerca da vedação da prática e indicação de atos médicos desnecessários e proibidos pela legislação vigente. Já o art. 35 prescreve a respeito do excesso de procedimentos médicos. Por fim, o art. 41 veda a abreviação da vida, e no parágrafo único incentiva a abordagem dos CP sem que se adote terapêuticas obstinadas, respeitando a capacidade de autodeterminação do paciente, ou de seu representante legal, na impossibilidade de aquele fazê-lo<sup>99</sup>.

A insegurança jurídica no que se refere a uma possível configuração do crime de omissão de socorro faz com que médicos exerçam a Medicina defensiva e, conseqüentemente, promovam práticas distanásicas. Torres leciona sobre a adoção da Medicina defensiva, que sabidamente se utiliza de medidas fúteis e desnecessárias com objetivo primordial de fazer prova de uma suposta prática médica adequada. O referido autor alerta para a necessidade de que médicos se instruem, não apenas no que se refere à ética, mas igualmente no campo do Direito<sup>100</sup>.

Persistem grandes embaraços por parte dos médicos em desmistificar a omissão de socorro, bem como falta a compreensão de que, para configurar a prática, “o omitente tenha a possibilidade material de evitar o resultado”<sup>101</sup>. Assim, esses profissionais adotam todos os recursos para pacientes sem qualquer perspectiva de cura ou mesmo possibilidades de melhora da qualidade de vida, acreditando estarem agindo com ética e em busca dos melhores interesses dessas pessoas.

Desse modo, a análise acerca da responsabilização administrativa pela prática da distanásia deve ser feita na perspectiva da ortotanásia, conforme preceitua a Resolução do CFM n. 1.805/2006<sup>102</sup>. Portanto, “deixar morrer” no contexto de um paciente em fim de vida não é matar, mas conduta respaldada eticamente, segundo dispõe o parágrafo único do art. 41 do CEM<sup>103</sup>. A partir dessa análise, verifica-se, embora essa ainda não seja uma realidade no Brasil, que o CEM reconhece prática da distanásia como infração ética passível de punição.

## **Responsabilidade civil pela prática da distanásia**

Inicialmente vale ressaltar a importância da responsabilidade civil para a sociedade<sup>104</sup>, seja como função compensatória, sancionatória ou preventiva, funções destacadas por Monateri. Em relação à responsabilidade civil médica,

---

<sup>99</sup> Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica...

<sup>100</sup> José Henrique Rodrigues Torres, “Ortotanásia não é homicídio nem eutanásia”...

<sup>101</sup> José Henrique Rodrigues Torres, “A omissão terapêutica a pacientes terminais sob o ponto de vista jurídico: deixar morrer é matar?”, Revista Ser Médico, num 43 (2008).

<sup>102</sup> Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.805, de 9 de novembro de 2006 (Brasília: Diário Oficial da União, 2006).

<sup>103</sup> Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica...

<sup>104</sup> Flávio Tartuce, Responsabilidade civil (Rio de Janeiro: Forense, 2020).



afigura-se em decorrência da conduta culposa do médico, do nexos causal, tendo como resultado o dano experimentado pela vítima<sup>105</sup>.

Acerca da culpa profissional do médico, Miguel Kfouri Neto faz alusão a Avecone, segundo o qual “[...] constitui um dos problemas científicos e deontológicos, antes que jurídicos, mais antigos, objeto de debates potencialmente infinitos, dada a natureza particular da atividade médica”<sup>106</sup>.

Quando se adentra na esfera da responsabilização civil, a possibilidade perseguida é pela reparação de um possível dano causado. Na perspectiva da distanásia (empreender terapêuticas desnecessárias capazes de causar dor e sofrimento a paciente em final de vida sem que haja possibilidade de reversibilidade do quadro, cura ou melhora na qualidade de vida), o dever de reparação se mostra viável em virtude da prática do ato ilícito.

Ato ilícito, de forma concisa, pode ser entendido como o descumprimento de determinado direito, que, como consequência, gera o dever de reparação. O Código Civil (CC) em seus arts. 186 e 187, disciplina os atos ilícitos<sup>107</sup>. Quanto ao dever de reparação do dano causado, a previsão legal decorre do art. 927 da mesma lei<sup>108</sup>. Haddad, ao abordar a ilicitude civil do ato da extubação paliativa, adverte: “na verdade, o ato ilícito na situação analisada pode ser identificado na manutenção da ventilação mecânica diante do quadro de irreversibilidade do paciente. E em tais casos, além de haver a possibilidade de configuração de ato ilícito, há ainda a infração ética (distanásia)”<sup>109</sup>.

Nesse contexto, a complexidade em identificar a ilicitude praticada por profissionais de saúde, especialmente quando o cuidado é direcionado a pacientes sem qualquer perspectiva de cura, é uma realidade<sup>110</sup>. Kfouri Neto discorre acerca da inexactidão do organismo humano e da avaliação criteriosa ao caso concreto:

“do organismo humano, com suas particularidades ligadas às condições subjetivas e genéticas, à idade, ao sexo, aos fatores climáticos e topográficos, aos efeitos excepcionais da moderna farmacopeia e, também, à inteligência e capacidade do médico, extrai-se a ilação de que o absoluto no campo da medicina quase não existe. É extremamente difícil exarar juízo sobre a culpa profissional individual. A certeza, quase sempre, é substituída por avaliação probabilística. Sempre será necessário referir-se ao caso concreto para uma avaliação séria do erro médico. Mas a dificuldade, em vez de constituir fator de renúncia, deve representar um estímulo e intensa disposição à busca da verdade.”<sup>111</sup>

---

<sup>105</sup> Vivian Barbosa e Daniel Lopes Ferreira, “Responsabilidade civil do médico e sua conduta em face do procedimento de distanásia”, Revista Cathedral, Vol: 3 num 2 (2021): 107-124.

<sup>106</sup> Miguel Kfouri Neto, Responsabilidade civil do médico (São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019), 33.

<sup>107</sup> Brasil, Lei n. 10.406...

<sup>108</sup> Brasil, Lei n. 10.406...

<sup>109</sup> Sálvia Haddad, “Extubação paliativa: análise sobre a (i)licitude da conduta no ordenamento jurídico brasileiro” em Cuidados paliativos: aspectos jurídicos, coordenado por L. Dadalto, L. et al. (Indaiatuba: Foco, 2021), 223.

<sup>110</sup> Renato Lima Charmaux Sertã, A distanásia e a dignidade...

<sup>111</sup> Miguel Kfouri Neto, Responsabilidade civil..., 50.

Como exposto anteriormente, a distanásia não objetiva resguardar a vida ou preservar a dignidade, mas apenas prolongar o processo de morte diante de um quadro irreversível, sendo o paciente um mero objeto da ciência médica e das inseguranças de profissionais quanto à conduta adequada a ser empregada.

Proveitosas contribuições extraem-se das ponderações de França sobre os conflitos que envolvem pacientes em fim de vida:

“a medicina atual, na medida em que avança na possibilidade de salvar mais vidas, cria inevitavelmente dilemas éticos complexos que permitem maiores dificuldades para um conceito mais ajustado do fim da existência humana. Além disso, ‘o aumento da eficácia e a segurança das novas modalidades terapêuticas motivam também questionamentos quanto aos aspectos econômicos, éticos e legais resultantes do emprego exagerado de tais medidas e das possíveis indicações inadequadas de sua aplicação’. O cenário da morte e a situação de paciente terminal são as condições que ensejam maiores conflitos neste contexto, levando em conta os princípios, às vezes antagônicos, da preservação da vida e do alívio do sofrimento. Desse modo, disfarçada, enfraquecida e desumanizada pelos rigores da moderna tecnologia médica, a morte vai mudando sua face ao longo do tempo.”<sup>112</sup>

França ainda menciona Casabona acerca das complexidades na tomada de decisão, especialmente quando há afirmações a respeito da incurabilidade, da morte iminente, do prolongamento da vida, discorrendo que, em muitas ocasiões, referidas afirmações são relativas e de baixa confiabilidade<sup>113</sup>. Vale lembrar que ao médico cabe informar os pacientes sobre seu diagnóstico e prognóstico de forma compreensível e jamais realizar tratamentos sem o consentimento deles ou de familiares, salvo em emergência<sup>114</sup>.

O CC textualiza no art. 15 que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”<sup>115</sup>. Tal artigo revela sincronia com o consentimento livre e esclarecido, alicerçado nos princípios da autonomia privada e da dignidade. Braga Netto e Rosenvald, em relação ao mesmo artigo, desaprovam a redação com certo assombro: “quer dizer que, sem risco de vida, alguém pode ser constrangido a se submeter a tratamento médico ou intervenção cirúrgica?”<sup>116</sup>. O texto da lei revelou desprezo com a matéria; contudo, apesar do equívoco redacional, os autores afirmam que a resposta evidentemente é negativa. Na mesma toada, conclamando a autonomia do paciente, Ribeiro

---

<sup>112</sup> Genival Veloso França, *Direito médico* (Rio de Janeiro: Forense, 2017), 550.

<sup>113</sup> Genival Veloso França, *Direito médico*...

<sup>114</sup> Miguel Kfoury Neto, *Responsabilidade civil*...

<sup>115</sup> Brasil, Lei n. 10.406...

<sup>116</sup> Felipe Braga Netto e Nelson Rosenvald, *Código Civil comentado* (Salvador: JusPodivm, 2020), 87.

assevera que, ainda que não haja risco de vida, ninguém será constrangido a se submeter a tratamentos ou intervenções cirúrgicas<sup>117</sup>.

Em virtude das inúmeras críticas ao art. 15 do CC, o Conselho da Justiça Federal aprovou em 2013 o Enunciado 533, na VI Jornada de Direito Civil, recomendando a seguinte interpretação:

“o paciente plenamente capaz poderá deliberar sobre todos os aspectos concernentes a tratamento médico que possa lhe causar risco de vida, seja imediato ou mediato, salvo as situações de emergência ou no curso de procedimentos médicos cirúrgicos que não possam ser interrompidos.”<sup>118</sup>

Os receios de profissionais de saúde em deixar de empreender terapêuticas obstinadas se mostram como um dificultador, pois, ainda que a família opte por interrompê-las, entendendo que não faz sentido prolongar o sofrimento, o médico decide obstinar. Para ilustrar a resistência do profissional, apresenta-se o seguinte caso:

“uma paciente de oito anos de idade, com tumor renal há cinco anos, está internada há oito semanas, após reintervenção cirúrgica por sangramento e anúria, em conseqüência [sic] de nova recidiva do tumor. Está recebendo analgesia fixa. As quimioterapias, a radioterapia e as intervenções cirúrgicas não detiveram as recidivas do tumor e as metástases ósseas. Estão esgotadas as possibilidades terapêuticas curativas. A menina, após episódio de bradicardia e insuficiência ventilatória, é encaminhada à UTI, onde permanece inconsciente na maior parte do tempo. Num momento curto de lucidez, diz ao médico assistente que a acompanha desde o nascimento: ‘Tio, está doendo muito, não agüento [sic] mais’. Seus pais, após ouvirem as queixas da filha e tendo pleno conhecimento da evolução de sua doença, solicitam ao médico que a mantenha bem sedada e que retire os tratamentos que apenas prolonguem o seu sofrimento. O médico não atende aos pedidos. Doze horas após, a paciente entra em coma e necessita de ventilação mecânica. Decorrida mais uma semana, vendo a deterioração gradativa do quadro clínico da filha, os pais voltam a pedir a retirada de todo o suporte vital, exceto as medidas de conforto. No entanto, o médico aplica à paciente tudo o que a moderna medicina oferece para mantê-la viva.”<sup>119</sup>

Pesquisa realizada na Universidade de Stanford (Estados Unidos) mostrou que investir em terapêuticas agressivas que propiciem o prolongamento da vida biológica em fim de vida é comum quando voltada aos pacientes. Entretanto, verificou-se que os médicos não gostariam de ser submetidos aos mesmos

---

<sup>117</sup> Diaulas Costa Ribeiro, “Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte”, Cadernos de Saúde Pública, Vol: 22 num 8 (2006): 1749-1754.

<sup>118</sup> Brasil. Conselho da Justiça Federal. VI Jornada de Direito Civil, VI Jornada de Direito Civil, 11-12 de março de 2013 (Brasília: Conselho da Justiça Federal, Centro de Estudos Judiciários, 2013), 90.

<sup>119</sup> Délio José Kipper, “O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade”, Revista Bioética, Vol: 7 num 1 (1999).

tratamentos caso se encontrem em situações semelhantes<sup>120</sup>. Assim, se esses profissionais não desejam receber tratamento que ofertam aos pacientes, por qual razão o fazem? A questão parece desaguar em uma contundente insegurança jurídica: não fazer “tudo” pode gerar responsabilização. Por outro lado, corre-se o risco de incorrer na prática de ato ilícito, em decorrência do descumprimento da vontade do paciente; ou seja, fazer “tudo” nem sempre representará os melhores interesses do paciente, podendo gerar o dever de reparar o dano causado.

### **Responsabilidade penal pela prática da distanásia**

Qualquer violação às normas especificadas no ordenamento jurídico brasileiro caracteriza ilícito, convertendo-se em crime a conduta que se enquadre na tipicidade dos delitos previstos no Código Penal Brasileiro (CPB)<sup>121</sup>. Assim, nem toda inobservância caracteriza um crime<sup>122</sup>.

Seguramente, quando se trata da responsabilização penal de profissionais de área da saúde, a questão é no mínimo inquietante, pois, de um lado, há a mais complexa estrutura como cerne – a humana –, e, de outro, a necessidade de que excessos e arbitrariedades sejam contidos. Na responsabilidade penal, o interesse não se restringe ao ofendido, mas à sociedade, pois o ato decorrente de supostas violações passa a acarretar uma pena, pois despreza norma de Direito público<sup>123</sup>.

A prática do prolongamento da vida biológica de pacientes sem qualquer perspectiva de cura é albergada por muitos profissionais da saúde como se fosse uma espécie de salvo-conduto. Dito de outro modo, por meio da terapêutica obstinada estes não incidiriam no crime de omissão de socorro ou no de homicídio, conforme preceituam os arts. 135 e 121 do CPB<sup>124</sup>. A ideia equivocada de que a morte é resultado do fracasso da prática médica pode legitimar abusos por parte de profissionais que insistem no prolongamento desmedido do processo do morrer, impingindo sofrimento à pessoa doente<sup>125</sup>.

Torres explana sobre a impossibilidade da configuração do crime de omissão de socorro nas situações previstas na Resolução do CFM n. 1.805/2006<sup>126</sup>; melhor dizendo, naquelas em que se permitiria a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida da pessoa doente:

“e não se diga, porque totalmente injurídico, que o médico estaria praticando um crime de omissão de socorro ao interromper ou limitar os tratamentos na situação referida na Resolução 1.805/06 e

---

<sup>120</sup> Vyjeyanthi S. Periyakoil et al., “Do unto others: doctors’ personal end-of-life resuscitation preferences and their attitudes toward advance directives”, PLoS ONE, Vol: 9 num 5 (2014): e98246.

<sup>121</sup> Brasil. Senado Federal, Código Penal. Decreto-lei n. 2.848/1940. Atualizado abr. 2017 (Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017).

<sup>122</sup> Maria Luiza Gorga, Direito médico preventivo: Compliance penal na área da saúde (Belo Horizonte: D’ Plácido, 2017).

<sup>123</sup> Genival Veloso França, Direito médico...

<sup>124</sup> Brasil. Senado Federal, Código Penal...

<sup>125</sup> José Henrique Rodrigues Torres, “Ortotanásia não é homicídio nem eutanásia”...

<sup>126</sup> Brasil, Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.805...

no parágrafo único do art. 41 do CEM. É que o art. 135 do Código Penal, em sua dimensão típica, cuida exclusivamente de coibir apenas a omissão de socorro às pessoas inválidas ou feridas, ao desamparo ou em grave e iminente perigo, o que, obviamente, não se aplica à situação do doente terminal acometido de doença incurável, que não pode ser sujeito passivo desse delito. Ademais, como anteriormente ficou esclarecido, não se pode falar em omissão de socorro quando o médico deixa de praticar condutas inúteis e até mesmo fúteis e prejudiciais ao paciente terminal, contrariando sua vontade. Assim, a omissão de socorro somente ficará caracterizada se não forem adotados os necessários tratamentos paliativos (terapia de alívio).<sup>127</sup>

Depreende-se da lição supracitada que, quando se mencionam tratamentos inúteis, incapazes de alterar o curso da enfermidade e de oferecer a cura ou a melhora na qualidade de vida do paciente, não há espaço para a configuração do crime de omissão de socorro. Na mesma linha, não há que se falar na prática do crime de homicídio, pois se trata da limitação ou suspensão de procedimentos que objetivam apenas o prolongamento da vida do paciente que vive uma doença terminal.

Desse modo, conclui-se que, diante da conduta terapêutica que o profissional deixou de empregar porque não tem a capacidade para alterar a evolução da doença, tampouco oferecer melhora na qualidade de vida, se estaria diante da omissão de assistência inútil.

Inquestionavelmente dilemas que envolvem a terapêutica obstinada são de extrema complexidade. Contudo, não se deve perder de vista o princípio ético da autonomia, pois é por meio da capacidade de se autodeterminar que o paciente deverá ter os desejos acolhidos e o direito de decidir os rumos que sua vida tomará. Dworkin discorre sobre vida e morte e a importância de que a vida tenha um fim apropriado segundo a maneira que isso se apresente para cada indivíduo de forma digna:

“não podemos compreender o que a morte significa para as pessoas – por que alguns preferem morrer a continuar existindo, permanentemente sedados ou incompetentes; por que outros preferem ‘lutar até o fim’, mesmo quando em meio a sofrimentos terríveis ou quando já perderam a consciência e não têm como saborear a luta; por que tão poucas acham que, uma vez inconscientes para sempre, morrer ou viver não faz absolutamente qualquer diferença – não conseguiremos compreender nada disso, ou muitas coisas que as pessoas pensam sobre a morte, enquanto não a pusermos de lado por um momento e nos voltarmos para a vida.”<sup>128</sup>

Diante da subjetividade do conceito de vida e morte digna, a autonomia mostra-se basilar. Nesse sentido, Siqueira disserta com relação à punibilidade do médico que age em desconformidade com a vontade do paciente, e mais, sem o

---

<sup>127</sup> José Henrique Rodrigues Torres, “Ortotanásia não é homicídio nem eutanásia”..., 180.

<sup>128</sup> Ronald Dworkin, Domínio da vida..., 281.

consentimento deste. A autora traz a autonomia do paciente como âmbito na tomada de decisão, pois proporciona a possibilidade de sopesar suas escolhas de acordo com seu entendimento de vida boa ou até mesmo de não desejar mais continuar vivendo. Logo, em não havendo o consentimento dele para intervenções médicas, há que se falar em intervenção médica arbitrária<sup>129</sup>.

Sobre tal intervenção, aponta a possibilidade de configuração do crime de lesão corporal (art. 129 do CPB) com a existência de ofensa à integridade corporal ou à saúde de outrem. Nessas linhas, a autora menciona que a doutrina brasileira compreende como ofensa à saúde a alteração das funções fisiológicas do organismo humano ou na perturbação psíquica<sup>130</sup>.

Ademais, a fundamentação a respeito dessa criminalização tem como base o seguinte bem jurídico:

“não obstante, para além dessa argumentação relativamente simplória, o amoldamento típico das intervenções médicas arbitrárias ao crime de lesão corporal encontra seu principal fundamento, a nosso ver, na própria concepção do bem jurídico protegido por esse delito. De acordo com a doutrina, o bem jurídico tutelado pelo art. 129 do CPB é a ‘incolumidade da pessoa humana’, que compreende ‘a integridade física e psíquica do ser humano’. A controvérsia reside, portanto, na já discutida definição da abrangência da noção de integridade física: se ela se refere apenas ao corpo, enquanto matéria ou base da existência biológica dos indivíduos, ou se abrange também o direito individual à autodeterminação sobre ele.”<sup>131</sup>

Siqueira observa ainda que a maioria dos doutrinadores que entendem como inadequada a configuração do crime de lesão corporal em virtude da intervenção arbitrária demonstram que, na verdade, referida conduta constitui crime contra a liberdade<sup>132</sup>, amoldando-se ao tipo penal de constrangimento ilegal, conforme previsto no art. 146 do CPB<sup>133</sup>.

Em relação à possibilidade da incidência no tipo penal de constrangimento ilegal, Torres se mostrou vanguardista: “realizar um procedimento médico sem o consentimento do paciente constitui ‘constrangimento ilegal’, tipificado no art. 146 do Código Penal”<sup>134</sup>. O mesmo autor, com perspicácia, aborda o tema na perspectiva da pessoa que vive a terminalidade:

“aliás, se o médico insistir em manter qualquer procedimento inócua e gravoso, expondo o doente terminal ao sofrimento, contrariando a sua vontade ou de seu representante legal, estará sujeito a responder, no âmbito da responsabilidade civil e criminal, pelas lesões corporais, pelo constrangimento ilegal, pela tortura ou pelo tratamento cruel imposto ao doente e sua família. A manutenção do

---

<sup>129</sup> Flávia Siqueira, Autonomia, consentimento...

<sup>130</sup> Flávia Siqueira, Autonomia, consentimento...

<sup>131</sup> Flávia Siqueira, Autonomia, consentimento..., 349.

<sup>132</sup> Flávia Siqueira, Autonomia, consentimento...

<sup>133</sup> Brasil. Senado Federal, Código Penal...

<sup>134</sup> José Henrique Rodrigues Torres, “Ortotanásia não é homicídio nem eutanásia”..., 163.

suporte vital somente é justificável se tiver sentido curativo, diante da esperada reversibilidade e da possível transitoriedade da situação, o que não acontece quando a doença é incurável e o doente está em fase terminal. Além disso, a dignidade humana deve ser respeitada como princípio constitucional limitador e orientador de todas as normas e condutas. E a manutenção de terapias que não ofereçam quaisquer expectativas reais de recuperação para o paciente, acarretando-lhe sofrimento, caracteriza grave atentado à dignidade da pessoa humana.”<sup>135</sup>

Além disso, intentar todos os recursos disponíveis na Medicina em prol de pacientes sem propostas terapêuticas curativas cria equivocadamente a ideia de estar se protegendo contra possível configuração de tipos penais, quando na verdade se está diante do cometimento de possíveis crimes de constrangimento ilegal e lesão corporal. Fato é que o processo de prolongamento do ato de morrer deve ser rechaçado, pois viola preceitos fundamentais, especialmente da dignidade da pessoa humana, conforme dispõe o inciso III do art. 1º da Constituição Federal<sup>136</sup>, segundo os valores e a percepção de vida e morte digna do paciente.

### **Responsabilização no Direito norte-americano pela prática da distanásia**

Diferentemente do cenário brasileiro, o Direito estadunidense tem firmado entendimento acerca do tema. O direito do paciente à autodeterminação foi devidamente regulamentado em 1990 com a aprovação, pelo Congresso Nacional, da denominada *The Patient Self-Determination Act*” (PSDA) e por meio dos diversos acordos que tratam do *wrongfull prolongation of life*.

A PSDA tornou-se lei em 1º de dezembro de 1991, exigindo que hospitais e outras instituições de saúde informem pacientes sobre o direito de elaborarem suas DA, bem como determinando a capacitação de profissionais para que referidas orientações ocorram adequadamente<sup>137</sup>. Entretanto, não raras vezes as DA não são observadas, tendo como resultado o prolongamento indevido da vida.

Esse é o caso do processo *O'Donnell versus Harrison*, que, após o descumprimento da DA do paciente, teve como veredito do júri a condenação dos réus ao pagamento de US\$ 209 mil pelas despesas médicas e US\$ 200 mil pela dor e sofrimento físico e mental decorrentes do prolongamento indevido da vida, da negligência dos réus que não observaram a vontade previamente expressa do paciente<sup>138</sup>.

A condenação foi publicada em vários meios de comunicação nos Estados Unidos. Latner faz um alerta a respeito de o primeiro caso de prolongamento injusto

---

<sup>135</sup> José Henrique Rodrigues Torres, “A omissão terapêutica...”

<sup>136</sup> Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil...

<sup>137</sup> Nancy Paridy, “Complying with the patient self-determination act: legal, ethical, and practical challenges for hospitals”, *Hospital & Health Services Administration*, Vol: 38 num 2 (1993): 287-296. 1993. Disponível em: [https://journals.lww.com/jhmonline/abstract/1993/04000/complying\\_with\\_the\\_patient\\_self\\_determination\\_act\\_9.aspx](https://journals.lww.com/jhmonline/abstract/1993/04000/complying_with_the_patient_self_determination_act_9.aspx). Acesso em: 17 fev. 2022.

<sup>138</sup> Estados Unidos da América (EUA), Montana first judicial...

da vida ter ido a júri popular, advertindo que provavelmente não será o último. A jurista compreende que à medida que as pessoas assumem maior controle sobre o rumo que seus cuidados de saúde devem seguir, maior será a realidade de pacientes chegando com suas DA e outras formas de recusa de tratamento<sup>139</sup>.

Não restam dúvidas de que muitos profissionais da saúde experienciarão situações dilemáticas, afinal não se trata de tomadas de decisão simplórias, mas da mudança de conduta, de cultura, pois foram treinados para salvar vidas. Esse caminho se mostra irreversível, e cabe a eles se familiarizarem com os desejos dos pacientes<sup>140</sup>. O Direito estadunidense mostrou ser possível reconhecer como dano o prolongamento indevido da vida. Vale destacar que o cerne do processo se deu em virtude do descumprimento da vontade previamente manifesta do paciente.

Está claro que o problema do prolongamento indevido da vida está distante de ser efetivamente solucionado. Todavia, o Direito norte-americano se mostra consideravelmente à frente de muitos países que insistem em ignorar o prolongamento do processo de morte.

Com base neste conjunto de apontamentos teóricos, o objetivo desta pesquisa de campo foi investigar a percepção de magistrados do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná sobre a prática da distanásia.

### **Procedimentos metodológicos**

Trata-se de pesquisa empírica, estruturada, com análise quantitativa realizada em 2021 por meio do envio de *e-mail* pela Escola da Magistratura do Paraná (EMAP). Nele continha o link para acesso e preenchimento de questionário virtual, composto por: breve apresentação sobre o estudo; aceitação ou recusa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); informações demográficas de idade e gênero, com o objetivo de manter a anonimização dos participantes; e sete perguntas fechadas (seis com alternativas de respostas em sim ou não, e uma, com cinco opções de resposta relacionadas ao tema responsabilidade).

### **Resultados**

Do total de 926 magistrados ativos no Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, 129 acessaram o formulário, dos quais 127 concordaram com o TCLE, aceitando responder às perguntas, e dois se recusaram a assinar esse documento e, portanto, não participaram.

Em relação à faixa etária, o perfil demográfico dos participantes identificou a prevalência de 39 anos, seguida da de 37 e 36 anos.

Em relação ao gênero dos participantes, o masculino prevaleceu, com 52,8%, e de 47,2% do gênero feminino.

A análise das respostas apresentadas pelos magistrados sobre o que constitui a prática da distanásia indicou que 29,1% (37) admitiram não saber. Para eles, a pesquisa foi encerrada trazendo a definição de distanásia e a importância da

---

<sup>139</sup> Ann W. Latner, “Jury awards damages for wrongful prolongation of life”. MPR: the right dose of information (2021).

<sup>140</sup> Ann W. Latner, “Jury awards damages...”



reflexão bioética a respeito do tema. Prosseguiram no estudo 70,9% de participantes (90) que disseram que compreendiam a prática da distanásia.

Na pergunta acerca do entendimento que os participantes possuíam sobre a utilização da biotecnologia de procedimentos médicos para o prolongamento da vida de forma artificial ser compreendida como cuidado, verificou-se que 57,8% o veem como tal, em oposição a 42,2% que não o enxergam dessa forma.

Sobre o enunciado “Na perspectiva da ortotanásia, deixar morrer é matar?”, 87,8% dos participantes negaram a afirmação, contra 12,2% que manifestaram concordância.

Quanto à responsabilização do médico em decorrência da prática da distanásia nas esferas administrativa, civil ou criminal, 68,9% dos participantes entendem que o profissional não deve ser responsabilizado em nenhuma esfera; 14,4% responderam que o médico deve ser responsabilizado em todas as esferas; 8,9% afirmaram somente na esfera administrativa, e 7,8% na esfera civil. Não houve entendimento sobre a responsabilização se dar unicamente na esfera penal.

No que diz respeito à possibilidade das DA servirem como instrumento inibidor da prática da distanásia, 94,4% consideram a manifestação de vontade escrita ou verbal como meio eficaz. Em sentido oposto, 5,6% não concordam que tal mecanismo seria capaz de inibi-la.

No que se refere à abordagem de temas sobre cuidados paliativos na grade curricular nas graduações da área da saúde e Direito como mecanismo apto a coibir a distanásia, 77,8% a entendem como meio capaz de evitá-la, ao passo que 22,2% disseram que esse mecanismo não a coíbe.

Por fim, quanto à necessidade de maior compreensão e de reflexões bioéticas por parte dos magistrados, 96,7% a reforçaram; já 3,3% disseram que não acreditam na necessidade de maior compreensão e reflexões sobre a prática da distanásia. Com base na opinião exarada pelos participantes da pesquisa, evidenciou-se que é preciso que julgadores compreendam a prática da distanásia, bem como desenvolvam competências na bioética para melhor solução de possíveis dilemas.

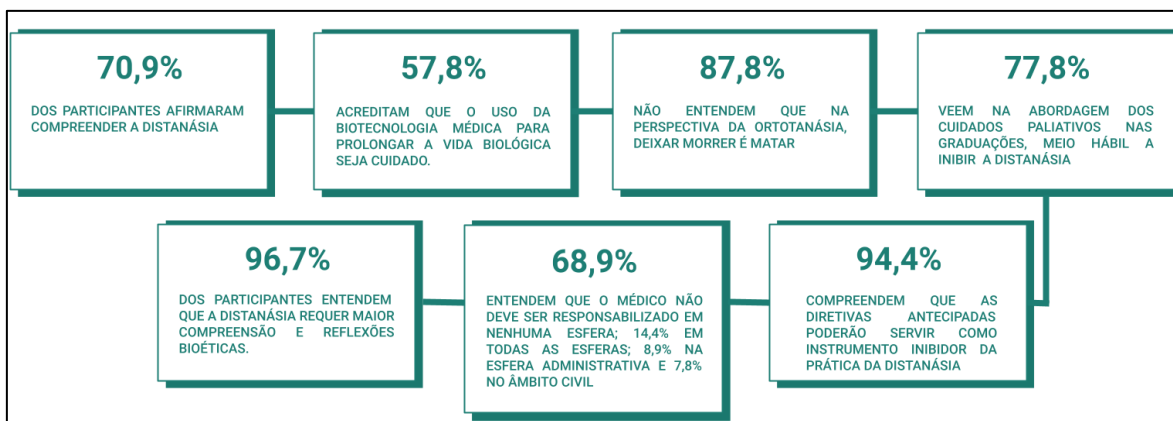


Figura 1  
Fluxograma dos resultados da pesquisa

## Discussão

Da observação dos números expostos como fruto da presente pesquisa, alguns pontos merecem especial atenção. Um deles é o fato de que 29,1% dos participantes reconheceram não compreender a prática da distanásia. Assim, é possível concluir que há falhas no conhecimento das fundamentações bioéticas referentes às reflexões sobre conflitos morais presentes na terminalidade da vida.

No tocante à utilização da biotecnologia na Medicina para fins de prolongar a vida biológica ser percebida como cuidado, os achados corroboram o relatório publicado em 2017 pela *Kaiser Family Foundation* sobre cuidados em fim de vida, revelando que 50% da população brasileira considera importante o prolongamento da vida pelo maior tempo possível<sup>141</sup>. Tal relatório informa a disparidade nos níveis de escolaridade, isto é, participantes com mais anos de estudo acompanhavam as decisões de participantes estrangeiros – Japão (9%), Itália (13%) e Estados Unidos (19%) – que optaram pela qualidade de vida por meio do alívio da dor, conforto físico e emocional em oposição ao prolongamento artificial da vida.

Contudo, a presente pesquisa evidenciou que o nível de escolaridade não interferiu no resultado. Assim, 57,8% dos participantes responderam que a utilização de aparato tecnológico para prolongamento da vida biológica é entendida como cuidado.

De outra banda, a falta de compreensão sobre a ortotanásia leva ao entendimento de que caso não se empreguem todos os recursos terapêuticos disponíveis, o médico pode incorrer no tipo penal de homicídio ou omissão de socorro, pois deixar morrer significa matar. Dos participantes do presente estudo, 12,2% afirmaram que permitir a morte, por meio da evolução natural da doença,

<sup>141</sup> Leo Pessini e José Eduardo de Siqueira, "Reflexões sobre cuidados..."

seria matar, já 87,8% foram no sentido oposto. Assim, diante da prática de condutas reconhecidamente fúteis e desnecessárias não há que se falar em omissão de socorro ou mesmo na prática do crime de homicídio, afinal “a manutenção do suporte vital somente é justificável se tiver sentido curativo”<sup>142</sup>.

Assim, caso a vontade do paciente ou de seus representantes legais não sejam observadas, fica configurada a intervenção médica arbitrária e, conseqüentemente, a possibilidade de configuração, conforme o Código Penal, dos crimes de lesão corporal (art. 129) e constrangimento ilegal (art. 146)<sup>143</sup>.

A respeito das esferas de responsabilização do médico pela prática da distanásia, 68,9% dos participantes entenderam que profissionais da Medicina não devem ser responsabilizados em nenhuma das esferas. Já 14,4 % acreditam que ele deve responder em todas, 8,9% acreditam que só responderão pela violação de uma norma deontológica e 7,8%, na esfera civil.

Ao serem indagados sobre a relevância das DA como instrumento capaz de inibir a prática da distanásia, 94,4% dos participantes vislumbram tal possibilidade, o que indica que a manifestação de vontade verbal ou escrita deve ser respeitada. Aqui se evidencia a observância à autonomia do paciente em relação àquilo que faz sentido para ele e está de acordo com seus valores e preferências.

Quanto à necessidade da abordagem dos CP nas matrizes curriculares das graduações da área da saúde e Direito visando a rechaçar a prática da distanásia, 77,8% dos participantes concordam com a inclusão de disciplinas como meio eficiente, já que constata-se a carência nas respectivas áreas.

Pode-se inferir da análise da presente pesquisa que urge a necessidade de compreensão e de reflexões bioéticas sobre a distanásia; essa exigência de igual forma é reconhecida por 96,7% dos participantes. Dessa maneira, a constatação por parte daqueles que possivelmente julgarão questões sobre prolongamento indevido da vida mostra a importância da inclusão do ensino de bioética, terminalidade da vida e cuidados paliativos nas grades curriculares de cursos de graduação das áreas das ciências humanas e da saúde.

## **Conclusão**

Com base na discussão proposta no presente trabalho, observa-se que temas relacionados à morte ainda são tabus. Inquestionavelmente, a morte provoca medo entre sociedade; ainda há quem diga não temer a morte, mas o sofrimento decorrente do processo de morrer.

Temas como a distanásia carecem de melhor compreensão, especialmente acerca do entendimento dos malefícios advindos do prolongamento artificial da vida. Profissionais da área da saúde têm dificuldade em dizer não à terapêutica obstinada, seja por não aceitarem a “derrota” da morte, seja pela total inabilidade em se comunicar com os pacientes e familiares. Médicos também devem dizer não, e seu respaldo resulta do conhecimento técnico, da Medicina baseada em

---

<sup>142</sup> José Henrique Rodrigues Torres, “A omissão terapêutica...”

<sup>143</sup> Flávia Siqueira, Autonomia, consentimento...

evidências, do respeito pela vida que, segundo a pessoa enferma, valha a pena viver.

Por outro lado, a sociedade também tem responsabilidade pelo ato de prolongar o processo de morte, especialmente quando não aceita o fim e exige da Medicina mais dias de vida aos seus, ainda que ao custo de intenso sofrimento. A morte não é percebida como inevitável, mas como um contratempo sanável. Não raras vezes, esse comportamento vem acompanhado por ameaças de processos contra aqueles que porventura se insurjam. Diante de tamanha insegurança jurídica por parte de profissionais da área da saúde em incorrer em infração ético-profissional, ilícito civil ou crime, opta-se em adotar medidas sabidamente fúteis e desnecessárias, pois a irreversibilidade do quadro é certa.

Assim, a postura distanásica não decorre apenas dos profissionais da saúde e de suas limitações quanto à finitude, mas da dificuldade que todos enfrentamos em relação à aceitação da morte, da total impotência da biotecnologia para determinados quadros e da falta de compreensão sobre cuidar e curar.

Nesse cenário, observamos a utilização da alta tecnologia, como sendo capaz de proporcionar a cura e impedir a evolução natural da doença. Ainda são mortais os seres humanos, por maiores que sejam os investimentos em alta tecnologia. Os avanços biotecnológicos já propiciaram feitos incríveis, da mesma forma oferecem possibilidades de prolongar a vida artificialmente, em um contexto de inexistência da vida de relação, ignorando a biografia daquela pessoa que vive já estando morta.

Temas que abordam a distanásia são debatidos predominantemente na área da saúde, poucos juristas refletem sobre o assunto, especialmente no que se refere à responsabilização nas esferas administrativa, civil e penal. Isso se justifica, principalmente, pela escassez de conhecimento no campo da bioética que restou demonstrada por meio do resultado da presente pesquisa.

O reconhecimento acerca da necessidade de maior compreensão sobre a distanásia, bem como de reflexões bioéticas por parte dos magistrados e igualmente da sociedade como um todo, evidencia a limitação a respeito de um tema extremamente complexo, que é prática habitual nas instituições hospitalares e que possivelmente chegará aos tribunais. Nesses últimos, magistrados decidirão se estão diante do prolongamento indevido da vida ou se esse processo de prolongamento da vida por meio da alta tecnologia na Medicina representa os cuidados que todas as pessoas deveriam ou desejariam receber.

A bioética como um campo de estudo vasto e interdisciplinar é responsável por oferecer amparo teórico para a resolução de dilemas emergentes ou persistentes, visando sempre ao discurso firmado na tolerância e na harmonia nas várias áreas do conhecimento. O presente estudo mostrou que por meio dela haverá a ponderação sobre os valores dos pacientes, sobretudo segundo os princípios da não maleficência, da autonomia, da beneficência e da justiça, sempre aspirando os melhores interesses da pessoa que vive a terminalidade da doença e enfrenta sua finitude.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para futuras pesquisas no campo da bioética. Da mesma forma, deseja-se colaborar no sentido de que a

sociedade reflita sobre a relevância de perceber a morte como acontecimento natural, pertencente à vida, que, se julga, deve ser vivida dignamente e que a ameaça de sobreviver sem que haja “vida” não mais faça parte da moralidade comum.

Enfim, oxalá seja possível um dia incluir a serena percepção sobre a finitude da vida, contida nos ensinamentos de Rabindranath Tagore que, em sua obra *Çaturanga* assim se manifestou:

“Já posso partir! Que meus irmãos se despeçam de mim! Começo minha partida, devolvo as chaves da porta e abro mão de meus direitos na casa. Palavras de bondade é o que peço a vocês, por último. Estivemos juntos por tanto tempo, mas recebi mais do que pude dar. Eis que o dia clareou e a lâmpada que iluminava meu canto escuro se apagou. A ordem chegou e estou pronto para minha viagem.”<sup>144</sup>

## Referências

Agência Câmara de Notícias. Comissão debate ensino de cuidados paliativos nos cursos de medicina. Brasília: Câmara dos Deputados. 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/811952-comissao-debate-ensino-de-cuidados-paliativos-nos-cursos-de-medicina/>. Acesso em: 14 mar. 2022.

Albuquerque, Aline. Manual do direito do paciente. Belo Horizonte: CEI. 2020.

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

Bagheri, Alireza (Ed.). Medical futility: a cross-national study. New Jersey: Imperial College Press. 2013.

Bandeira, Karolini. “Brasil é o terceiro pior país para morrer, aponta estudo”. Correio Braziliense, Brasília, 22 fev. 2022. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2022/02/4987498-brasil-e-o-terceiro-pior-pais-para-morrer-aponta-estudo.html>. Acesso em: 11 abr. 2022.

Barbosa, Vivian e Ferreira, Daniel Lopes. “A responsabilidade civil do médico e sua conduta em face do procedimento de distanásia”, Revista Cathedral, Vol: 3 num 2 (2021): 107-124. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/321/106>. Acesso em: 27 mar. 2022.

Beauchamp, Tom L. e Childress, James F. Principles of biomedical ethics. 5. ed. New York: Oxford University Press. 2001. [Publicação original em 1979].

Beauchamp, Tom L. e Childress, James F. Princípio de ética biomédica. Tradução de Luciana Pudenzi. 3. ed. São Paulo: Loyola. 2013.

---

<sup>144</sup> Rabindranath Tagore, *Çaturanga* (Rio de Janeiro: Opera Mundi, 1971), 68.

Bobbio, Marco. *Medicina demais: o uso excessivo pode ser nocivo à saúde*. Barueri: Manole. 2020.

Bobbio, Marco. *O doente imaginado*. São Paulo: Bamboo Editorial. 2014.

Braga Netto, Felipe e Rosenvald, Nelson. *Código Civil comentado*. Salvador: JusPodivm. 2020.

Brasil. Conselho da Justiça Federal. VI Jornada de Direito Civil, VI Jornada de Direito Civil, 11-12 de março de 2013. Brasília: Conselho da Justiça Federal, Centro de Estudos Judiciários. 2013.

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM n. 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n. 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: CFM. 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2022.

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.805, de 9 de novembro de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 de novembro de 2006. Seção 1, p. 169. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 11 abr. 2022.

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.955, de 9 de agosto de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de agosto de 2012, seção I, p. 269-270. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 11 abr. 2022.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 abr. 2022.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, seção 1, a. 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm). Acesso em: 11 abr. 2022.

Brasil. Senado Federal. Código Penal. Decreto-lei n. 2.848/1940. Atualizado abr. 2017. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas. 2017. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo\\_penal\\_1ed.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo_penal_1ed.pdf). Acesso em: 12 abr. 2022.

Callahan, Daniel. "Prefácio". *In Medical Futility: A cross-national study*, escrito por Alireza Bagheri, 19-23 New Jersey: Imperial College Press. 2013.

Castro, Andrea Augusta; Taquette, Stella Regina e Marques, Natan Iório. "Cuidados paliativos: inserção do ensino nas escolas médicas do Brasil". *Revista Brasileira de Educação Médica*, Vol: 45 num 2 (2021): e056. DOI: 10.1590/1981-5271v45.2-20200162

Correia, Divanise Suruagy et al. "Cuidados paliativos: importância do tema para discentes de graduação em medicina". *Revista Brasileira de Educação Médica*, Vol: 42 num 3 (2018): 78-86. DOI: 10.1590/198152712015v42n3rb20170105.r1

Diniz, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. 5. ed. rev. aum. e atual. São Paulo: Saraiva. 2008.

Dominguez, Ramona Garcia Souza et al. "Cuidados paliativos: desafios para o ensino na percepção de acadêmicos de enfermagem e medicina". *Revista Baiana de Enfermagem*, Vol: 35 (2021): e38750. DOI: 10.18471/rbe.v35.38750

Dworkin, Ronald. *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes. 2009.

Engelhardt Jr., H. Tristram. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Loyola. 1998.

Engelhardt Jr., H. Tristram. "Bioeticista cristão, com ideias seculares". Centro de Bioética do Cremesp, 7 dez. 2005. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=EntrevistaIntegra&id=31>. Acesso em: 12 out. 2021.

Estados Unidos da América. EUA. Montana first judicial district court, Lewis and Clark County. Case n. CDV-2017-850. Cheryl O'Donnell vs Lee Harrison e St. Peter's Health. Sentença em 2 maio 2018. Juíza Kathy Seeley. Missoula, MT: 2018. Disponível em: [https://thaddeuspope.com/images/ODonnell\\_v\\_Harrison\\_Mont\\_2019\\_PRETRIAL\\_ORDER\\_signed\\_.pdf](https://thaddeuspope.com/images/ODonnell_v_Harrison_Mont_2019_PRETRIAL_ORDER_signed_.pdf). Acesso em: 11 abr. 2022.

Farias, Cristiano Chaves e Rosenvald, Nelson. *Curso de direito civil*. 16. ed. Salvador: JusPodivm. 2018. Disponível em: <https://www.editorajuspodivm.com.br/cdn/arquivos/f999fa9463fa32e765a64047e74acf5f.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2022.

Finkelstein, Erick A. *et al.* "Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021". *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol: 63 num 4 (2021): e419-e429. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015

Floriani, Ciro Augusto. e Schramm, Fermin Roland. "Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades". *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol: 13, num suppl. 2 (2008): 2123-2132. DOI: 10.1590/S1413-81232008000900017

França, Genival Veloso. *Direito médico*. 14. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense. 2017.

Fredes, Mariana Secani Lucas. "A dignidade e a autonomia garantidas pelo estado hegeliano". *Intuitio*, Vol: 7 num 2 (2014): 226-235. DOI: 10.15448/1983-4012.2014.2.18765

Gorga, Maria Luiza. *Direito médico preventivo: Compliance penal na área da saúde*. Belo Horizonte: D' Plácido. 2017.

Gracia, Diego. *Ética de los confines da vida*. Bogotá: Editorial El Búho. 1998.

Gutierrez, Pilar. "O que é o paciente terminal?", *Revista da Associação Médica Brasileira*, Vol: 47 num 2 (2001), 85-109. DOI: 10.1590/S0104-42302001000200010

Haddad, Sálvia. “Extubação paliativa: análise sobre a (i)licitude da conduta no ordenamento jurídico brasileiro”. *In* Cuidados paliativos: aspectos jurídicos, coordenado por Luciana Dadalto, 213-228, Indaiatuba: Foco. 2021.

Jonas, Hans. Técnica, medicina e ética: sobre a prática do princípio responsabilidade. Trad. Grupo de Trabalho Hans Jonas da ANPOF. São Paulo: Paulus. 2013.

Kfouri Neto, Miguel. Responsabilidade civil do médico. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2019.

Kfouri Neto, Miguel. Responsabilidade civil dos hospitais: Código Civil e Código do Consumidor. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2018.

Kipper, Délio José. “O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade”. *Revista Bioética*, Vol: 7 num 1 (1999). Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/294/433](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/294/433). Acesso em: 11 abr. 2022.

Latner, Ann W. “Jury awards damages for wrongful prolongation of life”. *MPR: the right dose of information*, 8 fev. 2021. Disponível em: <https://www.empr.com/home/features/lawsuit-wrongful-prolongation-of-life-case-do-not-resuscitate-intubate/>. Acesso em: 7 mar. 2022.

Lima, Claudia de Castro. “8 experimentos cruéis do nazista Josef Mengele em Auschwitz”. *Super Interessante: Mundo Estranho*, 21 dez. 2016. Disponível em: <https://super.abril.com.br/mundo-estranho/8-experimentos-crueis-do-nazista-josef-mengele-em-auschwitz/>. Acesso em 16 abr. 2022.

Lown, Bernard. *A arte perdida do curar*. São Paulo: Petrópolis. 2008.

Maluf, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. *Curso de bioética e biodireito*. 4. ed. São Paulo: Almedina, 2020.

Moritz, Rachel Duarte. “**O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais da saúde diante da morte**”. Tese de Doutorado na Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/84198/186845.pdf?sequence=>. Acesso em: 26 dez. 2021.

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Unesco. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Tradução e revisão final de Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília e da Sociedade Brasileira de Bioética. Paris: Unesco. 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf). Acesso em: 10 abr. 2022.

Orth, Larissa Chaiane et al. “Conhecimento do acadêmico de medicina sobre cuidados paliativos”. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Vol: 43 num 1 supl 1 (2019): 286-295. DOI: 10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190039

Paridy, Nancy. “Complying with the patient self-determination act: legal, ethical, and practical challenges for hospitals”. *Hospital & Health Services Administration*, Vol: 38 num 2 (1993): 287-296. Disponível em:



[https://journals.lww.com/jhmonline/abstract/1993/04000/complying\\_with\\_the\\_patient\\_self\\_determination\\_act\\_.9.aspx](https://journals.lww.com/jhmonline/abstract/1993/04000/complying_with_the_patient_self_determination_act_.9.aspx). Acesso em: 17 fev. 2022.

Pavão, Juliana Carvalho e Espolador, Rita de Cássia Resquetti Tarifa. “As disposições sobre diretivas antecipadas de vontade no Brasil”. *Revista do Direito Público*, Vol: 14 num 2 (2019): 168-186. DOI: 10.5433/24157-108104-1.2019v1 4n2p. 168

Periyakoil, Vyjeyanthi S. et al. “Do unto others: doctors’ personal end-of-life resuscitation preferences and their attitudes toward advance directives”. *PLoS ONE*, Vol: 9 num 5 (2014): e98246. DOI: 10.1371/journal.pone.0098246

Pessini, Leo. “Distanásia: até quando investir sem agredir?” *Revista Bioética*, Vol: 4 num 1 (1996): 31-43. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/394](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394). Acesso em: 7 abr. 2022.

Pessini, Leo. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola. 2007.

Pessini, Leo. “Terminalidade e espiritualidade: uma reflexão a partir dos códigos de ética médica brasileiros e leitura comparada de alguns países”. *O Mundo da Saúde*, Vol: 33, num 1 (2009): 35-42. DOI: 10.15343/0104-7809.200933.1.5

Pessini, Leo e Barchifontaine, Christitan de Paul. *Problemas atuais de bioética*. São Paulo: Loyola. 2000.

Pessini, Leo e Siqueira, José Eduardo. “Reflexões sobre cuidados a pacientes críticos em final de vida”. *Revista Bioética*, Vol: 27 num 1 (2019): 29-37. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198380422019000100029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422019000100029&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 abr. 2020.

Petterie, Selma Rodrigues. *O direito fundamental à identidade genética na constituição brasileira*. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2007.

Potter, Van Rensselaer. *Bioética global: construindo a partir do legado de Leopold*. Tradução de Cecília Camargo Bartalotti. São Paulo: Loyola. 2018. [Publicação original 1988].

Ribeiro, Barbara Santos et al. “Ensino dos cuidados paliativos na graduação em enfermagem do Brasil”. *Enfermagem em Foco*, Vol: 10 num 6 (2020). DOI: 10.21675/2357-707X.2019.v10.n6.2786

Ribeiro, Diaulas Costa. “Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte”. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol: 22 num 8 (2006): 1749-1754. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000800024

Sá, Maria de Fátima Freire e Naves, Bruno Torquato de Oliveira. *Bioética e biodireito*. 5. ed. Indaiatuba: Foco. 2021.

Santana, Júlio César Batista; Rigueira, Ana Cláudia de Melo e Dutra, Bianca Santana. “Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma unidade de terapia intensiva na percepção dos enfermeiros”. *Revista Bioethikos*, Vol: 4 num 4 (2010): 402-

411. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos\\_402-411\\_.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_402-411_.pdf). Acesso em: 2 mar. 2022.
- Santiago, Thiago Bosetti e Matos Júnior, Pedro Humberto Campelo. "Bioética e distanásia". V Seminário Científico Unifacig (2019). Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/1444>. Acesso em: 5 fev. 2022.
- Santos, Laura Ferreira. Testamento vital: o que é? Como elaborá-lo? Porto: Sextante. 2011.
- Santos, Maria Celeste Cordeiro Leite. Equilíbrio de um pêndulo: bioética e a lei: implicações médico-legais. São Paulo: Ícone. 1998.
- Schneiderman, Lawrence J. e Jecker, Nancy S. Wrong medicine: doctors, patients, and futile treatment. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 2011.
- Sertã, Renato Lima Charmaux. A distanásia e a dignidade do paciente. Rio de Janeiro: Renovar. 2005.
- Siqueira, Flávia. Autonomia, consentimento e direito penal da medicina. São Paulo: Marcial Pons. 2019.
- Siqueira, José Eduardo; Zoboli, Elma e Kipper, Délio José (Orgs.), Bioética clínica. São Paulo: Gaia. 2008.
- Silva, Karla Cristiane Oliveira; Quintana, Alberto Manuel e Nietsche, Elisabeta Albertina. "Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros". Escola Anna Nery, Vol: 16 num 4 (2012): 697-703.
- Span, Paula. "The patients were saved. That's why the families are suing". The New York Times. Health. The new old age, 10 abr. 2017. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2017/04/10/health/wrongful-life-lawsuit-dnr.html>. Acesso em: 11 abr. 2022.
- Soares, Jenifer Naves. Bioética, democracia e legitimidade: o projeto genoma humano em perspectiva crítica. Rio de Janeiro: Lumen Juris. 2018.
- Tagore, Rabindranath. Çaturanga. Rio de Janeiro: Opera Mundi. 1971.
- Tartuce, Flávio. Responsabilidade civil. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense. 2020.
- Thompson, Amy E. "Advance directives". Jama, Vol: 313 num 8 (2015): 868. DOI: 10.1001/jama.2015.133
- Tomishima, Heloísa de Oliveira e Tomishima, Guilherme de Oliveira "Ortotanásia, eutanásia e a distanásia: uma análise sob o aspecto da dignidade da pessoa humana e a autonomia da vontade". ETIC – Encontro de Iniciação Científica, Vol: 15 num 15 (2019). Disponível em: <https://bit.ly/2Xbj5XE>. Acesso em: 24 fev. 2022.
- Torres, José Henrique Rodrigues. "A omissão terapêutica a pacientes terminais sob o ponto de vista jurídico: deixar morrer é matar?" Revista Ser Médico, num 43 (2008). Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=361>. Acesso em: 11 abr. 2022.

Torres, José Henrique Rodrigues. “Ortotanásia não é homicídio nem eutanásia”. *In* Conflitos bioéticos do viver e do morrer, organizado por Raquel Duarte Moritz, 157-185. Brasília: CFM. 2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/conflitos.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2022.

United States. US. The Belmont Report. Washington, DC: U.S. Department of Health & Human Services (HHS). 1979. Disponível em: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>. Acesso em: 7 abr. 2022.

Villela, João Baptista. “Variações impopulares sobre a dignidade da pessoa humana”. *In* Doutrina: edição comemorativa dos 20 anos, organizado por Brasil. Superior Tribunal de Justiça, 559-581. São Paulo: Via Lettera. 2009. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/publicacaoainstitucional/index.php/dout20anos/article/view/3381/3779>. Acesso em: 12 abr. 2022.

Zimmermann, Camilla. “Death denial: obstacle or instrument for palliative care? An analysis of clinical literature”. *Sociology of Health Illness*, Vol: 29 num 2 (2007): 297-314. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2007.00495.x

World Health Organization. WHO. Official records of the World Health Organization n. 2. Summary report on proceedings minutes and final acts. The international health conference health in New York from 19 June to 22 July 1946. United Nations World Health Organization. Interim Commission. New York, Palais des Nations, Geneva: WHO. 1948. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official\\_record2\\_eng.pdf;jsessionid=70D11F48FE5E5A](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=70D11F48FE5E5A). Acesso em: 12 abr. 2022.

World Health Organization. WHO. Palliative care, 5 ago. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 4 out. 2021.

**REVISTA  
INCLUSIONES**  
REVISTA DE HUMANIDADES M.R.  
Y CIENCIAS SOCIALES

**CUADERNOS DE SOFÍA  
EDITORIAL**

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Inclusiones**.