



ORTOTANÁSIA:

Exercício da autonomia privada fundamentado no Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.

ORTHOTANASIA:

Exercise of autonomy based on the Principle of Human Dignity.

Débora Barbosa Coutinho¹

Resumo

O progresso científico tem permitido que pacientes terminais se submetam a vários processos de tratamento. Contudo, alguns deles mostram-se inadequados, pois, além de não propiciarem a cura ou o restabelecimento, instauram uma vida tão-somente vegetativa. Desta feita, faz-se necessário um estudo jurídico/teórico acerca da atuação do médico nesses casos. Em regra, a relação jurídica estabelecida entre médico e paciente é do tipo contratual. Portanto, através do exercício da autonomia privada, expresso no Termo de Consentimento Informado, é que será definida a terapêutica aplicável. Partindo do raciocínio dedutivo, pretende-se demonstrar que a prática da ortotanásia (quando devidamente consentida) se mostra aconselhável, uma vez que não são utilizados métodos obstinados, apenas cuidados ordinários e paliativos que garantem o bem-estar do indivíduo. Tal postura está em consonância com o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana porque respeita a manifestação de vontade do paciente e acautela não só o seu aspecto físico, mas também psicológico.

Palavras-chave: Ortotanásia. Vida. Autonomia Privada. Dignidade da Pessoa Humana.

Abstract

Scientific progress has allowed terminally ill patients to undergo various treatment processes. However, some of them are inadequate, because in addition to not offering a cure or recovery, they establish a life only as vegetative. This time, it is necessary a theoretical study about the role of the doctor in such cases. As a rule, the legal relationship established between doctor and patient is the type of contract. Therefore, through the exercise private autonomy expressed in the Informed Consent Form, which is set to be therapeutically applicable. Starting from deductive reasoning, we intend to demonstrate that the practice of orthothanasia (when properly consented) proves advisable, since the methods used are not stubborn, just ordinary care and palliative care to ensure the well being of the individual. Such a stance is in line with the Principle of Human Dignity as regards consent from the patient and warns not only your physical appearance but also psychological.

Keywords: Orthothanasia. Life. Private autonomy. Human Dignity.

Artigo Recebido em: 01/11/2013

Aceito em: 24/03/2015

¹ Pós-graduada em Direito Civil pelo Centro Universitário Newton Paiva, Técnica Judiciária C da Secretaria do Tribunal de Justiça de Minas Gerais - 2ª Instância. E-mail: de_coutinho@yahoo.com.br

Introdução

Há algum tempo atrás existia entre o médico e o paciente um relacionamento de proximidade, muitas vezes mantinha-se laços de amizade com a família, procedendo-se aos atendimentos no ambiente doméstico. Essa realidade foi alterada não só pelo maior distanciamento entre os sujeitos, mas também pelo avanço biotecnológico e as inovações advindas desse processo, no campo dos tratamentos e procedimentos médicos. Na atual conjuntura, muitos esperam que o médico prolongue ao máximo a vida do paciente utilizando-se, inclusive, de todos os meios tecnológicos capazes de fazê-lo.

No entanto, num Estado Democrático de Direito, norteado por princípios constitucionais como o da Dignidade da Pessoa Humana, não se pode aderir ao pensamento de que o médico tem o dever legal de, a qualquer custo, manter a vida de um paciente desconsiderando sua autonomia privada, sua liberdade de autodeterminação e, por conseguinte, desvalorizando a dignidade inerente ao mesmo (NAVES; SÁ, 2002).

A evolução da Medicina fez com que a ideia de vida, como uma mera atividade respiratória ou cardiovascular, fosse abandonada e sobressaísse a noção de que o viver deve ser conjugado com a sua qualidade, tanto no aspecto físico quanto psicológico. Daí decorrem questionamentos como: “Pacientes terminais tem direito de morrer em paz e com dignidade? Ou devem sobreviver, mesmo que vegetativamente, até a parada respiratória ou a morte cerebral?” (NAVES; SÁ, 2002, p. 103).

Pacientes terminais são mantidos em unidades de terapia intensiva, onde permanecem vivos apenas por estarem ligados a aparelhos e por serem submetidos a processos terapêuticos extraordinários. Pode-se dizer que isso somente prolonga o estado de sofrimento em que se encontram. Seria muito mais razoável deixar que esta etapa da vida ocorra de modo natural, sem a interferência de atos inúteis e obstinados. Nesse sentido afirma Goldim (2010, p. 30), “reconhecer que as medidas de tratamento curativo têm limite, que os pacientes podem não mais se beneficiar delas e que até mesmo elas podem contribuir na ampliação do sofrimento, é reumanizar o morrer”.

A ortotanásia é um método de tratamento ministrado a pacientes acometidos de doença grave e incurável que dispensa terapêuticas extraordinárias e fúteis. Este estudo pretende avaliar os questionamentos feitos acerca da utilização dessa prática. Dentre eles, se destaca aquele que sustenta um suposto “dever de agir” do médico que o impediria de não adotar os tratamentos existentes. No entanto, é preciso considerar que, em certos casos, alguns

procedimentos apenas prologam o sofrimento do paciente, pois, apesar de mantê-lo vivo por mais tempo, o submete a circunstâncias periclitantes de sobrevivência.

O direito à vida não perde sua importância nem deve ser desconsiderado, mas precisa sofrer influência substancial de princípios como o da Autonomia Privada e da Dignidade da Pessoa Humana, pois o indivíduo deve ter o poder de decidir qual direção tomar.

A possibilidade atual de se levar adiante, mesmo sem qualidade e de forma extraordinária e artificial, vidas de pacientes em estado terminal em virtude dos avanços tecnológicos alcançados na área da saúde, abre a discussão acerca dos limites da atuação do médico e da natureza jurídica que envolve esta relação.

O presente trabalho tem como principais objetivos demonstrar que a prática da ortotanásia é consoante aos princípios da Dignidade da Pessoa Humana e da Autonomia Privada, e questionar a obstinação terapêutica na aplicação/manutenção de medidas que visam prolongar a vida de pacientes terminais, mas não têm o condão de restabelecer a saúde.

Conquanto, não há que se falar em conduta omissa do médico que ministra apenas cuidados paliativos (ou seja, aqueles que visam preservar o bem estar e o conforto) e ordinários ao paciente, pois ele estará atuando nos limites de sua responsabilidade.

1 Ortotanásia

1.1 Análise conceitual e diferenciações terminológicas

Muito se discute no universo jurídico a respeito do posicionamento adotado por médicos diante de pacientes acometidos por doenças terminais. Segundo Gutierrez (2001), verifica-se este quadro de terminalidade 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”.

A incurabilidade da doença e a irreversibilidade do quadro fazem surgir questionamentos acerca do modo como os médicos podem e devem atuar no sentido de manter, ou não, uma vida e do direito de autodeterminação dos pacientes diante do processo terapêutico a ser adotado.

A morte põe fim à personalidade jurídica do sujeito de direitos e o critério legal estabelecido para determinar o momento de sua ocorrência foi importado da Medicina.

Atualmente, segundo a lei nº 9.434/97, o advento da morte se constata através da morte encefálica que se caracteriza pela paralisação das funções cerebrais. Registre-se que esse critério foi redefinido conforme as constantes evoluções da Medicina, vez que anteriormente a morte se dava pela parada cardiorrespiratória, que hoje pode ser revertida através de mecanismos de reanimação (GOGLIANO, 2013).

Com o escopo de garantir uma morte digna, são levantadas três hipóteses: o suicídio assistido, a eutanásia e a ortotanásia. Além destas práticas, existe uma que não visa o objetivo acima e é o oposto de todas as outras: a distanásia.

A distanásia “se dedica a prolongar ao máximo a quantidade de vida humana, combatendo a morte como grande e último inimigo” (SÁ, 2001, p.68). O médico utiliza-se de todos os meios tecnológicos disponíveis para prolongar a vida do paciente, independente de sua qualidade. Essa prática

[...] significa prolongamento exagerado da morte de um paciente. O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil. Trata-se da atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento. Nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. No mundo europeu fala-se de "obstinação terapêutica", nos Estados Unidos de "futilidade médica" (*medical futility*) (PESSINI, 2013, p. 01).

O suicídio assistido é a morte provocada pelo próprio paciente, porém ele é auxiliado por um terceiro, podendo ser este um médico. No Brasil, o auxílio ao suicídio é considerado crime, conforme a tipificação do art. 122 do Código Penal que prevê punição de 2 a 6 anos de reclusão se o suicídio se consuma, e de 1 a 3 anos se da tentativa resulta lesão corporal de natureza grave.

A eutanásia pode ser classificada em ativa ou passiva, a depender de uma ação na primeira situação e de uma omissão na segunda, e é considerada também um modo de abreviar a vida do paciente; no entanto, ela se dá por ato do médico e não do enfermo. Na modalidade ativa o médico abrevia a vida do paciente através de um ato positivo, através da aplicação de recursos farmacológicos que provoquem a morte, por exemplo. Na passiva, conforme assevera Goldim (2010), o médico não se utiliza de expedientes que ainda trariam algum tipo de benefício, ocasionando assim a morte. Segundo as seguintes autoras, a eutanásia.

[...] não passa de um homicídio e, que, por piedade, há deliberação de antecipar a morte de doente irreversível ou terminal, a pedido seu ou de seus familiares, ante o fato da incurabilidade de sua moléstia, da insuportabilidade de seu sofrimento e da inutilidade de seu tratamento [...] (DINIZ, 2001, p.304).

[...] ação médica que tem por finalidade abreviar a vida de pessoas. É a morte de pessoa – que se encontra em grave sofrimento decorrente de doença, sem perspectiva de melhora – produzida por médico, com o consentimento daquela. A eutanásia, propriamente dita, é a promoção do óbito. É a conduta, através da ação ou omissão do médico, que emprega, ou omite, meio eficiente para produzir a morte em paciente incurável e em estado de grave sofrimento, diferente do curso natural abreviando-lhe a vida (SÁ, 2001, p. 66-67).

Da mesma forma que o suicídio assistido, essa prática também é criminalizada por nosso ordenamento jurídico. A prática da eutanásia configura o crime de homicídio tipificado pelo artigo 121 do Código Penal, porém a lei permite a redução da pena, conforme o §1º, se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral.

Há que se ponderar que tanto o suicídio assistido como a eutanásia, a partir de sua legalização, podem abrir portas para práticas abusivas e desmedidas por parte de pacientes e médicos. Ademais, não seria extremamente penoso atribuir a alguém a responsabilidade pela morte de uma pessoa? Tanto ao médico quanto a quem quer que o auxilie?

As práticas citadas acima não fazem parte do objeto deste artigo, contudo, salutar é a diferenciação dos termos para que se possa verificar o que realmente é a ortotanásia e no que ela se distingue.

A ortotanásia apresenta-se como uma sobreposição do naturalismo ao tecnicismo, isso porque, através dela, o médico dispensa o uso de meios artificiais de prolongamento da vida. Ele ministra apenas cuidados paliativos que amenizam o sofrimento e permitem passar por este processo de forma natural, adotando uma posição humanitária. Consiste basicamente na não adoção de meios terapêuticos extraordinários, que têm como objetivo prolongar a vida de pacientes acometidos de doenças graves e incuráveis, vislumbrando que lhes seja resguardado o direito de viver e morrer dignamente.

Conforme preleção de Cardoso (2008, p. 1), “a ortotanásia não abarca a possibilidade de desligamento de qualquer meio artificial, como é o suporte vital, mas tão-somente a suspensão de terapias consideradas extraordinárias para o caso e que visem apenas prolongar um processo de morte já iniciado”. A morte deve ser encarada como um fato natural, inerente ao ciclo vital de todo e qualquer ser humano.

A ortotanásia tem sido denominada de eutanásia passiva por alguns autores, como Souza (2002); Diniz (2001); Sá (2001). No entanto, a eutanásia passiva se consubstancia no ato médico que abrevia a vida do paciente através de uma omissão, deixando de ministrar-lhe

processo terapêutico que seria recomendável. A ortotanásia possui denotação diversa, pois, como advoga a doutrina:

A melhor maneira de descrever o que é ortotanásia é utilizar o conceito de futilidade, isto é, reconhecer que alguns tratamentos são inúteis, sem benefício para o paciente, e que podem ser não iniciados ou retirados. Não é a ortotanásia que deve ser implantada como uma nova prática, mas a futilidade que deve ser evitada. Evitar a futilidade é retirar as medidas inúteis que apenas prolongam, de forma indevida, a vida do paciente. [...] A eutanásia passiva, ao contrário, suprime a implantação de medidas que ainda trariam benefício real para o paciente. Se intencionalmente elas não forem implantadas, irão abreviar a vida do paciente, ainda que com a finalidade de reduzir sofrimentos. Esta é a diferença. O reconhecimento da situação de futilidade, ou ortotanásia, se quiserem, evita prolongar a utilização desnecessária de medidas sem benefícios, permitindo que a morte ocorra em seu devido tempo. (GOLDIM, 2010, p. 30).

Importante salientar o conceito de tratamento fútil: é aquele que não promove nenhum tipo de cura, nem melhora; apenas prolonga o estágio de morte já iniciado. Segundo Diniz (2001, p. 318), “tratamento médico fútil seria aquele que: a) não consegue seu objetivo imediato ou o do paciente; b) é ineficaz; c) não é capaz de oferecer uma qualidade de vida mínima ou, pelo menos algum benefício médico; d) não oferece uma razoável probabilidade de sobrevida”.

Esse tipo de tratamento não atinge o objetivo curativo e o enfermo, tão logo se efetua o tratamento, volta a seu *status a quo*. Não se valer disso é uma postura médica que evita o sofrimento do paciente e de sua família. Assevera-se:

É preciso esclarecer que o tempo de sobrevida, o seu benefício social ou o bem para a família do paciente devem ser sopesados na decisão de oferecer, ou não, terapêutica médica extraordinária. Mas os cuidados médicos ordinários devem ser mantidos, pois a doença deve ser tratada e a dor sanada, afastando-se, assim, a eutanásia e permitindo-se que o paciente morra naturalmente e com dignidade (DINIZ, 2001, p. 323).

Os profissionais de Medicina devem estar atentos tanto para os avanços tecnológicos que possam trazer benefícios ao doente, quanto para a análise da conveniência de certas terapias, sobrelevando o caráter humano da relação travada e promovendo, sempre que possível, o alívio da dor e do sofrimento.

A ortotanásia, além de proporcionar ao paciente a morte no momento adequado – nem prolongando a vida de forma indigna, nem a abreviando – denuncia algo que é muito claro para todo ser humano: a sua mortalidade, que não pode ser evitada indefinidamente.

A cura sempre será almejada, mas a obstinação pela vida só tem sentido quando realmente existirem possibilidades de recuperação e isso não afetar a dignidade do indivíduo.

Portanto, não sendo possível o restabelecimento da saúde do paciente, o médico não está desincumbido de prestar-lhe toda a assistência possível, administrando-lhe meios de passar pelo estágio de terminalidade de forma digna. Conforme preleciona Diniz (2001, p. 326)

Uma exagerada preservação da vida pode ser conducente ao desrespeito de determinados doentes em estado terminal. Isso é assim porque a moléstia destrói a integridade do corpo, e a dor, a integridade global da pessoa. Por isso, a medicina deveria, ao cuidar dos que estão no processo de morrer, aliviar seu sofrimento físico-psíquico.

A partir da necessidade de apoio aos pacientes, surgiu a filosofia do *hospice* (asilos) fundamentada em conceitos como: naturalidade da morte, fato que conduz à sua aceitação; união familiar; cuidados psicológicos; controle da dor. O *hospice* é uma tentativa de garantir qualidade de vida àqueles que possuem doenças terminais; fornecendo mecanismos para o alívio da dor física e psíquica, com o conforto de pessoas amadas, convívio social e tratamento psicológico. “Para tanto, busca manter o paciente terminal livre da dor, a fim de que possa morrer com dignidade, dando possibilidade a ele ou a seus familiares de decidir sobre a recusa, ou não, de qualquer intervenção tecnológica prolongadora da vida.” (DINIZ, 2001, p. 327). Essa filosofia também ressalta a relevância de não se empreender meios de prolongar a vida quando a morte afigura-se como inevitável, nem de abreviá-la em razão desse mesmo fator.

A ortotanásia não impede a utilização de recursos terapêuticos que possam aumentar a expectativa de vida do paciente ou trazer-lhe algum benefício, o médico apenas renuncia ao emprego de meios extraordinários e excessivos que não proporcionam a cura, nem melhoram a qualidade de vida do doente.

É possível que ocorra a parada cardiorrespiratória e, através de mecanismos de reanimação, se instaure uma vida vegetativa, mantida artificialmente. Insta destacar que esse estado pode ser mantido ainda que sobrevenha a morte encefálica, o que aponta para a pertinácia de certos procedimentos, pois a vida já se esvaiu e o que se sustenta é apenas uma atividade através de uma máquina. “A morte cerebral é o dano irreversível, global de todo o encéfalo incluindo o tronco encefálico, mantendo-se as atividades pulmonar e cardiovascular por processos artificiais.” (MEDINA *apud* GOGLIANO, 2013).

Porém, existem objeções à prática da ortotanásia na doutrina. Segundo Borges (2005, p. 01),

[...] o principal argumento contrário é o de que, com o intenso desenvolvimento do conhecimento médico, a determinação da irreversibilidade de um quadro de saúde pode ser falha. Além disso, há casos em que a determinação da morte como já

ocorrida é falha e algumas pessoas, dadas como mortas, despertam durante o velório ou até mesmo depois que o enterro já finalizou. São riscos próprios dos limites do conhecimento tecnológico que exigem cuidado nos critérios sobre a morte. Na verdade, a discussão é muito mais ampla que a licitude ou a ilicitude da ortotanásia. Trata-se da indagação sobre os limites ou possibilidades do conhecimento científico num determinado momento. Por causa da consciência da existência desses limites, os cuidados contra o arbítrio devem ser maximizados.

Apesar de ser plausível a ocorrência de descobertas científicas que tragam a cura de várias doenças, isso não é suficiente para sobrepujar a realidade em que se encontram os pacientes terminais e nem justifica a manutenção de um estado decadente e desumano; até porque a possibilidade é incerta.

De acordo com Bruno *apud* por Souza (2002, p. 178):

[...] nenhuma razão obriga o médico a fazer durar por um pouco mais uma vida que natural e irremissivelmente se extingue, a não ser por solicitação especial do paciente ou de parentes seus. [...] para ser definida como crime omissivo, falta ao omitente, nas circunstâncias, o dever jurídico de agir. Não há lugar para intervenção do Direito punitivo.

Diante dos apontamentos feitos, ortotanásia não pode ser considerada um crime, pois o médico não está sendo omissivo de forma a causar a morte do paciente. Ela decorre de um processo já iniciado e irreversível, que não tem relação com a abstenção no uso de tratamento extraordinário.

2 O poder de autodeterminação do paciente e a conduta médica

2.1 A relação jurídica médico-paciente

A socialização do atendimento médico, cada vez mais democrático e popular, foi responsável por uma nova configuração da relação médico-paciente, haja vista que a figura do médico de família (aquele que mantinha estreitos laços com o paciente e seus entes) aos poucos foi desaparecendo para dar lugar a vínculos estritamente práticos e impessoais.

Além disso, alguns fatores passaram a influenciar essa relação como: a obtenção pelos pacientes de informações técnicas através de meios diversos dos costumeiros, a possibilidade de se recorrer às normas protetivas do Código de Defesa do Consumidor e a facilitação do acesso à justiça, o corporativismo de muitas seguradoras de saúde etc.

A Medicina sempre esteve arraigada pelo amor daqueles que a exercem. Muito além da compensação financeira, os médicos buscam, em sua maioria, resultados positivos na aplicação de medidas terapêuticas, bem como a contraprestação afetiva advindas de familiares

e do próprio paciente. No entanto, “para que não se cometa erro essencial de julgamento, há que se diferenciar o idealizado pelo paciente do atingível pelo médico. Não se pode culpar médicos por não galgarem tal pretendida formatação” (ANDRADE JÚNIOR, 2000, p. 27).

Nos últimos anos as ciências biomédicas foram impactadas por um grande progresso científico, do que decorreram inúmeras possibilidades de tratamento de doenças que até então não podiam ser cogitadas. Diante disso, os médicos se veem cada vez mais responsáveis por proporcionar a cura e manter a vida de seus pacientes. O que não se pode esperar é que se prolongue indefinidamente a vida das pessoas, independentemente de suas condições, em decorrência da evolução alcançada.

Até o século XVIII pairava uma percepção paternalista da relação, na qual o paciente era considerado incapaz, em virtude da enfermidade que lhe acometia, e o médico se tornava responsável por decidir toda e qualquer questão relativa ao tratamento, ponderando entre o que ele julgava ser benéfico ou não. As informações relativas ao diagnóstico e prognóstico não eram fornecidas ao paciente porque se presumia que o mesmo não seria capaz de compreendê-las.

A emancipação do paciente, alcançada a partir do reconhecimento dos direitos fundamentais, despontou para o dever do médico de respeitar-lhe a autonomia privada, informando-o em relação ao diagnóstico e ao processo terapêutico a ser desenvolvido.

Segundo Naves; Sá (2002), a natureza jurídica da relação médico-paciente é contratual, pois se trata de um contrato de prestação de serviços. Ela é permeada por valores éticos, provenientes do Código de Ética Médica e da Bioética, e, assim como as demais relações contratuais, é informada por princípios jurídicos como o da boa-fé, da justiça contratual e da autonomia da vontade.

Os autores salientam ainda que tratar essa relação como contratual não significa haver relevância patrimonial em detrimento da relação humana, porque todo contrato deve ser regido pelos preceitos jurídicos informadores de nosso ordenamento jurídico; e, principalmente, pelo princípio fundamental da Constituição que é o da Dignidade da Pessoa Humana.

Todavia, em situações emergenciais, nas quais o paciente se encontra inconsciente, não é possível estabelecer vínculo contratual. Ocorrendo isso, a responsabilidade médica é extracontratual e se baseia no dever profissional de zelar pela saúde.

Em geral, a obrigação pactuada é de meio, ou seja, o profissional deve utilizar-se de meios terapêuticos aptos a beneficiar o paciente, porém ele não tem o dever de atingir o resultado esperado. Por exemplo, se a cura de uma doença não for atingida, ao médico não poderá ser atribuído o inadimplemento contratual, nem poderá haver pleito indenizatório, a não ser que o mesmo não tenha agido de forma cautelosa, prudente e perita.

Entre médico e paciente deve haver diálogo e cumplicidade. Somente através desses elementos é que as informações poderão ser repassadas de modo a ensejar decisões conscientes e respaldadas pelo exercício da autonomia da vontade.

2.2 O Princípio da Autonomia Privada e o Termo de Consentimento Informado

Desde o século XX, consagrou-se a todo paciente o direito fundamental de ser informado acerca dos procedimentos médicos de risco aplicáveis e de optar por se submeter a eles, ou não. O exercício desse direito se manifesta através do então denominado consentimento informado, ato pelo qual o paciente consciente, após diálogo esclarecedor entre ele e o seu médico, expressa sua anuência à terapêutica que será ministrada (BRAGA, 2013).

O atual Código Civil brasileiro também dispõe a este respeito em seu artigo 15, no qual fica prescrito que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou à intervenção cirúrgica” (BRASIL, 2013, p. 147). Internacionalmente, o Termo de Consentimento Informado tem como regulamentação mais importante a Convenção de Direitos Humanos e Biomedicina, promulgada em 04 de abril de 1997, na Espanha, pelo Conselho da Europa.

O Termo de Consentimento Informado se consubstancia na manifestação de vontade do paciente em aderir, após prévia informação, a certa intervenção ou tratamento médico. Como expressão dessa vontade, materializa o Princípio da Autonomia Privada: “pelo qual o agente tem a possibilidade de praticar um ato jurídico, determinando-lhe o conteúdo, forma e efeitos” (AMARAL *apud* NAVES; SÁ, 2002, p.116). Seus limitadores são o respeito à ordem pública e aos bons costumes (NAVES; SÁ, 2002, p. 119).

Conforme afirma Queiroz (2001, p.98), “o termo de consentimento informado é composto por cinco elementos: capacidade, informação, compreensão, voluntariedade e consentimento”.

O primeiro elemento é a capacidade do paciente, que observa o disposto no artigo 5º do Código Civil. O paciente, regra geral, que contar com dezoito anos completos e não se enquadrar nas exceções previstas nos artigos 3º e 4º do mesmo diploma legal estará apto a consentir com a prestação de serviços médicos. Tratando-se de pessoa incapaz, caberá aos pais, tutores ou curadores, conforme o caso, representá-la ou assisti-la. Apesar disso, de acordo com Casabona (2005), é importante avaliar a maturidade do menor e sua capacidade de discernir para que ele também possa manifestar sua vontade, pois ela deverá ser considerada pelos pais e pelo médico no momento de firmar-se o termo. Se houver dissenso entre os pais, ou se os pais discordarem dos desígnios do filho, a situação poderá ser objeto de apreciação judicial.

O direito à informação é resguardado constitucionalmente (artigo 5º, inciso XIV, Constituição Federal/1988) e através do Código do Consumidor (artigo 6º, inciso III e artigo 31). Assim, o médico ao detectar o diagnóstico do paciente e estudar as medidas terapêuticas aplicáveis ao caso deve informá-lo de todas as nuances que permeiam a situação; alertando para os possíveis benefícios e malefícios das intervenções médicas, para as possibilidades de cura ou de tratamento, para sua repercussão econômica e a respeito de todo o processo que será vivenciado.

O segundo elemento acima explicitado, o da informação, só será implementado se partir de uma explicação compreensível para o paciente que, muitas vezes, não entende a linguagem técnica utilizada pelos médicos; por isso o profissional deverá atentar-se para ser o mais claro possível de modo a se obter o verdadeiro consentimento. Conforme preleciona Braga (2013, p. 18),

Importa muito mais do que o ato de informar, o teor e a qualidade da informação transmitida e a sua compreensão real pelo paciente. A grande evolução da doutrina do consentimento informado, no século XX, ocorreu no conteúdo e na clareza da informação prestada. Abandonou-se a comunicação com o paciente baseada em um standard técnico-médico, que conduzia a um consentimento meramente formal, para buscar-se o real exercício de sua autonomia. O paciente deve dar um consentimento informado material, o que só ocorrerá se o médico voltar-se para o efetivo entendimento por parte do paciente.

O médico não pode ilidir-se do dever de informar o paciente acerca do seu estado de saúde e dos recursos aplicáveis ao caso. Frise-se: a opção do paciente, seja por manter um tratamento que prolongue a vida ou por deixar com que a morte ocorra de forma natural, deve ser manifestada de forma expressa e consciente de todos os elementos que a permeiam.

Inequívoco é que, ao prestar esclarecimentos acerca do diagnóstico e prognóstico de uma doença terminal, o médico deve ater-se a dados relevantes, considerando que a notícia por ele veiculada não é esperada, nem tampouco desejada. O estado psíquico do paciente deve ser resguardado, pois ele, indiscutivelmente, está fragilizado. Para isso, é salutar treinamento e preparo destes profissionais que irão lidar com vidas.

Segundo Casabona (2005), o processo de informar deve ser contínuo, pois o estado clínico nem sempre permanece inalterado e se faz imprescindível apurar se o consentimento ainda existe. Contudo, existem situações nas quais isso não é possível, tais como: emergências nas quais o paciente encontra-se inconsciente; quando ele renuncia ao direito de informação; e quando é incapaz de compreender, nesse caso caberá aos familiares consentir, ou não, ao tratamento.

A compreensão, terceiro elemento do termo de consentimento, deve ser verificada levando-se em consideração o nível cultural do paciente (retorna-se aqui à importância de a linguagem médica não se pautar em termos técnicos) e para que ela se implemente é necessário tempo e diálogo. A depender da complexidade do caso, o médico deve promover mais de uma entrevista.

A voluntariedade – quarto elemento – significa que a manifestação de vontade expressa no termo tem de ser obtida de forma espontânea (livre), o paciente não pode se sentir pressionado, coagido, ou influenciado, sob pena de restar o consentimento viciado e, portanto, anulável (artigo 171 do Código Civil).

O consentimento, quinto e último elemento, deve ser fornecido de forma prévia ou concomitante ao tratamento (nunca posteriormente, pois se assim o for não será considerado) e pode ser retificado ou revogado a qualquer momento. Contudo, a atuação médica anterior a estas modificações estará respaldada, mantendo-se válida e lícita. É através desse elemento que se confere legitimidade ao ato médico, pois fora devidamente autorizado pelo paciente. Preleciona-se:

O consentimento do paciente determina o campo de atuação dentro do qual poderá se desenvolver licitamente o médico. Em primeiro lugar, é necessário dizer que o consentimento do paciente tem caráter pessoal, portanto somente alcança aquele médico a quem foi dado. Não obstante, também deve ser entendido que o consentimento outorgado para uma ou várias intervenções médicas a um determinado profissional estende-se a todos os demais profissionais que devam participar delas [...] (CASABONA, 2005, p. 159).

Insta salientar que a autorização concedida não afasta a responsabilidade médica por uma atuação negligente, imprudente ou imperita, pois, ao anuir com a intervenção/tratamento, o paciente espera a aplicação da melhor técnica.

Em respeito ao Princípio Bioético da Beneficência, nas situações emergenciais, em que não é possível aferir o consentimento do paciente (que se encontra inconsciente), nem de seus familiares (quando não são localizados), a atuação médica estará autorizada face ao estado de necessidade e com vistas a resguardar a vida e a saúde.

A necessidade de prestar consentimento se dá diante de uma situação real/concreta. Contudo, existe também a possibilidade, conforme resolução 1995/12 do Conselho Federal de Medicina, de se consentir em relação a situações hipotéticas através das chamadas “diretivas antecipadas de vontade”. O intuito é estar preparado para estados de inconsciência nos quais a manifestação de vontade ficaria, comumente, a cargo de terceiros, deixando-se um posicionamento do paciente previamente firmado.

O consentimento pode ser tácito, ou seja, aquele que é obtido através de manifestações concordes do paciente e da sua postura face à atuação médica, ou expresso, que decorre de manifestação inequívoca e objetiva.

Conforme exemplificado por Braga (2013, p. 25), certas minúcias são peculiares ao Termo de Consentimento Informado, tais como: identificação do paciente (ou de seu representante legal), do médico e da instituição hospitalar na qual serão realizados os procedimentos; descrição do serviço médico a ser prestado, pormenorizando os riscos a que o paciente será exposto, as alternativas de tratamento, os objetivos almejados com a intervenção e os possíveis resultados; anuência do paciente, na qual fique claro que o mesmo foi devidamente informado pelo médico; e, por fim, a assinatura do médico, do paciente, do representante da instituição hospitalar e, regra geral, de duas testemunhas.

Afirma-se que

a nossa tendência é de sempre decidir pelo paciente (paternalismo) o que é ou não melhor, como se ele, pelo fato de estar doente, tivesse perdido o uso da razão e infantilizado. É necessário parar e perguntar o que ele quer saber. É mais fácil decidir pelo doente do que com ele, mas certamente não é a melhor postura (PESSINI, 1997, p. 342).

O Princípio da Autonomia Privada guarda especial relevância nos casos de prática da ortotanásia porque é ele quem confere ao paciente a possibilidade de consentir à medicina

paliativa, de renunciar aos métodos extraordinários de tratamento e de ter sua escolha respeitada pelo médico e pela sociedade.

3 O princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à vida

3.1 Conteúdo do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana

Primeiramente, cabe esclarecer que até os dias atuais não se estabeleceu um conceito unívoco e delimitado acerca do significado do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Isso se deve ao caráter extremamente impreciso e vago das tentativas de definições elaboradas. Ademais, a conceituação de um termo ou expressão pode, por vezes, limitar o seu alcance e, tratando-se de um princípio tão insigne como o citado, reduzir sua carga axiológica.

Num primeiro momento pode-se partir dos ensinamentos de Kant, para quem a dignidade se revela através do poder de autodeterminação do indivíduo. Somente o ser humano é capaz de agir conforme sua racionalidade e é isso que lhe atribui a dignidade como característica nata, inerente. O indivíduo sendo livre e responsável por definir a trajetória de sua existência, estará agindo conforme suas íntimas convicções e determinando o sentido do que ele mesmo considera ser digno.

Para Kant, o indivíduo só terá sua dignidade respeitada e protegida se a ele for assegurado o direito de reger-se conforme sua razão. A autonomia e liberdade são responsáveis por conferir dignidade ao ser e por destacá-lo como sujeito de direitos e deveres em meio à sociedade na qual está inserido.

Existe também a concepção de que, em observância ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, o ser humano sempre deverá ser qualificado como um fim em si mesmo e nunca como meio. Isso significa que ele não pode ser empregado, como se coisa fosse, para obtenção de qualquer finalidade.

A dignidade é um atributo conferido a todo indivíduo pura e simplesmente em virtude de sua condição humana. O que importa dizer que, independente de qualquer conjuntura ou particularidade imputada a alguém, ainda sim a dignidade e os direitos dela decorrentes deverão ser reconhecidos e respeitados por toda a sociedade e pelo Estado.

Com intuito de clarificar as considerações aqui expostas, pode ser trazida à baila a seguinte tentativa de conceituação do princípio:

[...] temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte

do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos (SARLET, 2001, p. 60).

Desta feita, uma avaliação a respeito da aplicação do Princípio da Dignidade Humana deve ser levada a cabo em situações concretas nas quais poderão ser auferidos os valores vigentes na sociedade, os desígnios do indivíduo em questão, e a atuação do Estado, se for o caso. Por assim dizer, a dignidade será respeitada à luz do Princípio da Autonomia Privada e do dever do Estado de zelar por sua observância, principalmente nos casos em que a pessoa se vê impossibilitada de manifestar-se.

3.2 O direito fundamental à vida interpretado à luz do princípio da dignidade da pessoa humana.

A Dignidade da Pessoa Humana erige do texto constitucional como um dos princípios fundamentais da República Federativa do Brasil, conforme disposição do artigo 1º, inciso III da Constituição Federal de 1988. Sendo considerada como tal, precisa ser respeitada por todas as normas constitucionais e infraconstitucionais à medida que o ordenamento jurídico deve ser elaborado e interpretado de forma sistemática.

Os direitos fundamentais resguardados pela ordem constitucional se alicerçam e têm como princípio último a Dignidade da Pessoa Humana, fundamento de todo o ordenamento, conforme já exposto. A materialização deste princípio pode se dar de várias formas e a garantia aos cidadãos de direitos básicos, sem os quais qualquer ser humano não poderia desenvolver-se de forma plena e satisfatória, é uma maneira do Poder Público e de toda a sociedade tornar eficaz aquilo que o Estado se comprometeu a proteger.

“A dignidade da pessoa humana constitui não apenas a garantia negativa de que a pessoa não será objeto de ofensas ou humilhações, mas implica também, num sentido positivo, o pleno desenvolvimento da personalidade de cada indivíduo” (PÉREZ LUÑO *apud* SARLET, 2001, p. 108). Deste modo, o princípio não assume caráter de norma subsidiária, ao contrário, ele imbui de sentido às demais normas jurídicas.

O direito à vida é um direito fundamental positivado no artigo 5º da Constituição Federal, de 1988, e que tem a sua inviolabilidade resguardada por este mesmo diploma legal.

Configura-se como cláusula pétrea (artigo 60, §4º, da Constituição Federal/1988), o que impõe ao Poder Constituinte Derivado Reformador a limitação de restringi-lo ou eliminá-lo através de emendas.

Esse direito é oponível *erga omnes* face à sua característica de direito personalíssimo e não se constitui em algo que possa ser objeto de deliberação por parte do indivíduo, impedindo, assim, que qualquer pessoa possa dispor de sua vida quando bem lhe aprouver, sendo vedado o auxílio, a instigação ou o induzimento ao suicídio.

Em decorrência dos inúmeros tipos de tratamentos, a que atualmente se pode recorrer, as pessoas ou obtêm a cura de algumas doenças ou conseguem prolongar o estágio de terminalidade, por certo período, quando têm a morte como algo inevitável. É justamente neste ponto que surgem as controvérsias, pois os médicos não conseguem afastar o poder destrutivo de certas moléstias, ficando a seguinte questão: a morte é inafastável e tão logo ocorrerá. Qual seria a posição correta, ética e juridicamente aconselhável ao profissional que lida com o paciente que se encontra em tal estado?

É importante atentar-se para a distinção entre dor física e dor psicológica, pois tratar apenas de uma e negligenciar a outra é uma forma de obstinação terapêutica (aplicação de tratamentos inúteis), que desconsidera o indivíduo em sua plenitude e pode levar a situações degradantes que impingem muito mais sofrimento do que a própria enfermidade. Conforme afirmação:

Ouvimos frequentemente de doentes terminais que eles não têm tanto medo de morrer, mas sim de sofrer. O que eles temem na verdade é o processo do morrer, especialmente a dependência, a impotência e a dor que geralmente estão associadas à doença terminal. Enquanto a dor física é a fonte mais comum do sofrimento, o sofrimento ligado ao morrer vai além do mero nível físico, atingindo o todo da pessoa (PESSINI, 1997, p. 313).

O objetivo de defender a vida não é unicamente impedir que ela termine. Segundo Silva *apud* Souza (2002, p. 143-144), ela deve ser considerada não só em seu aspecto biológico de incessante auto atividade funcional, mas, sobretudo, em relação às suas condições:

[...] o direito à vida vai além da simples existência física. Acreditamos que no direito à vida se expressa a síntese dos grupos de direitos que formam os Direitos Humanos. Todos os direitos existem em função deste, sendo que o exercício dos direitos individuais, o oferecimento dos direitos sociais, a política econômica e os institutos de Direito Econômico, e a própria democracia, existem no sentido de oferecimento de dignidade à vida da pessoa humana. O direito à vida que se busca através dos Direitos Humanos é a vida com dignidade, e não apenas a sobrevivência [...] (MAGALHÃES *apud* SOUZA, 2002, p.144).

Uma vida digna relaciona-se não só com o período existencial, mas principalmente, com a maneira de desfrutá-lo. A Medicina deve estar a serviço do paciente, livrando-o do mal que lhe acomete e o impede de desenvolver-se livremente. Isso significa que quando não for possível ilidir a enfermidade e evitar a morte, o profissional permanece com o dever de proporcionar ao paciente meios para enfrentar o estágio terminal de forma digna.

O prolongamento da vida de uma pessoa que tem a morte como algo iminente sem considerar a sua vontade, seu poder de autodeterminação e sua dignidade, não é comportamento respaldado pela ética médica e tampouco por nosso ordenamento jurídico. A prática da ortotanásia se mostra aconselhável, e em consonância com o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, porque livra o indivíduo de tratamentos desarrazoados que impõem sofrimento físico e psíquico.

Afirmar que a vida não é um direito absoluto não importa dizer que ela pode ser banalizada e desprestigiada. O que se deve ter em foco é que ela não está adstrita à funcionalidade biológica, isto é, o ser humano não deve ter a sua vida preservada simplesmente porque a existência corporal deve ser mantida. “O prolongamento da vida somente pode ser justificado se oferecer às pessoas algum benefício, ainda assim, se esse benefício não ferir a dignidade do viver e do morrer.” (NAVES; SÁ, 2002, p. 110).

Afirmar que a vida só tem sentido se for digna também não impõe a ideia de que aquele indivíduo que não tem sua dignidade resguardada pode por fim a ela. A vida deve sim ser acautelada, no entanto prolongá-la no caso de doenças terminais independente de suas condições, ou seja, ainda que o paciente sobreviva em estado deplorável, degradante, artificial e de grande sofrimento, tendo toda sua dignidade retirada, não tem razão de ser.

Contudo, a abreviação da vida através de qualquer método não é sugerida, o que se propõe é que a vida seja preservada até o momento em que ele persistir e que os indivíduos, se assim desejarem, possam passar pelo estado de terminalidade de maneira natural.

Conclusão

O presente trabalho teve como intuito demonstrar que a prática da ortotanásia se mostra compatível com os princípios da Dignidade da Pessoa Humana e da Autonomia Privada, que resguarda ao paciente terminal assistência médica para o alívio da dor física e

psíquica e o permite passar por este estágio de maneira digna. Procura-se sempre garantir qualidade de vida e não apenas quantidade, evitando-se intervenções sem propósito.

Inicialmente se fez necessária uma precisa distinção entre os termos eutanásia, distanásia, suicídio assistido e ortotanásia, que comumente são confundidos na área médica e jurídica, e que precisavam ser conceituados corretamente para que a compreensão do tema fosse devidamente esclarecida.

A ortotanásia ficou caracterizada como a conduta médica que permite ao paciente terminal passar pelo estágio final de sua vida de forma natural. Através dela, são ministrados cuidados paliativos; é fornecida assistência psíquica, proporcionando o convívio social e familiar; é aplicado todo o tratamento ordinário capaz de trazer benefícios e evita-se a aplicação de qualquer método fútil que, apesar adiar a morte, minimiza o paciente enquanto pessoa.

A abordagem da relação jurídica médico-paciente mostrou que entre esses dois sujeitos deve haver um diálogo através do qual se transmitam as informações necessárias à formação de uma decisão esclarecida, voluntária e consciente pelo paciente, a fim de que o mesmo possa expressar seu consentimento em relação à terapêutica que lhe será aplicada.

O Princípio da Autonomia Privada, que expressa o dever de observância à vontade do paciente, será sempre orientador do profissional médico que irá conduzir o processo de tratamento através do que lhe for permitido no Termo de Consentimento Informado.

A dignidade, enquanto característica inerente a todo indivíduo, deve ser cotejada com o direito à vida sem se olvidar que os direitos não são absolutos. Embora sejam necessárias a ponderação de princípios e a leitura sistemática/hierárquica do ordenamento jurídico, inexistente conflito entre o princípio e o direito acima carreados, vez que o primeiro imbui o segundo de conteúdo e significação.

O indivíduo deve ser considerado em sua plenitude, não faz sentido manter sua existência física sem preocupar-se com a sua essência enquanto pessoa dotada de dignidade. A vida que se pretende proteger e preservar deve ser sempre aquela que a natureza concede ao indivíduo e não a que artificialmente se mantém apenas por uma falsa moralidade velada.

A abordagem do tema procurou conferir legitimidade à conduta do médico que conscientiza seu paciente e respeita o seu poder de autodeterminação; aplicando assim medidas que lhe proporcionem uma vida digna e que respeitem sua autonomia privada, sem é claro deixar de adotar meios que visem o conforto ou que possam trazer real benefício.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE JÚNIOR, Marcos Almeida Magalhães. Marcadores atuais da relação médico/paciente - o palco atual onde transcorre o trabalho médico. Determinantes da deflagração dos processos judiciais pacientes x médicos. In: TEIXEIRA, Sálvio de Figueiredo (Coord.) **Direito e Medicina: Aspectos jurídicos da Medicina**. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. Cap. 2, p. 21-29.
- BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. **Jus Navigandi**, Teresina, Ano 10, n. 871, 21 nov. 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/7571/eutanasia-ortotanasia-e-distanasia>>. Acesso em: 05 jan. 2013.
- BRAGA, Paula Sarno. **Aplicação do devido processo legal (formal de material) ao processo de formação dos contratos de prestação de serviços médicos- com enfoque no consentimento informado**. Disponível em: Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdireitoprocessual.org.br%2FfileManager%2FPaula_Sarno_Braga___Devido_processo_legal_e_consentimento_informado.doc&ei=goTIUdn3FI-w8QTIkIDgBw&usg=AFQjCNGCIUDfu8aPuETrlqLqKQWEbGNJyQ&sig2=NOtcwWqNL D1G71z-p1cQYQ>. Acesso em: 11 fev. 2013.
- BRASIL. Código Civil (2002). Código Civil. In: PINTO, Antonio Luiz de Toledo; WINDT, Márcia Cristina Vaz dos Santos; CÉSPEDES, Livia. **Vade Mecum Saraiva**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.
- BRASIL. Código do Consumidor (1990). Código do Consumidor. In: PINTO, Antonio Luiz de Toledo; WINDT, Márcia Cristina Vaz dos Santos; CÉSPEDES, Livia. **Vade Mecum Saraiva**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.
- BRASIL. Código Penal (1940). Código Penal. In: PINTO, Antonio Luiz de Toledo; WINDT, Márcia Cristina Vaz dos Santos; CÉSPEDES, Livia. **Vade Mecum Saraiva**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. In: PINTO, Antonio Luiz de Toledo; WINDT, Márcia Cristina Vaz dos Santos; CÉSPEDES, Livia. **Vade Mecum Saraiva**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.
- CARDOSO, Juraciara Vieira. Ortotanásia: uma análise comparativa da legislação brasileira projetada e em vigor. **Jus Navigandi**, Teresina, Ano 15, n. 2590, 4 ago. 2010. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/17110/ortotanasia-uma-analise-comparativa-da-legislacao-brasileira-projetada-e-em-vigor>>. Acesso em: 11 fev. 2013.
- CASABONA, Carlos María Romeo. O consentimento Informado na relação entre médico e paciente: aspectos jurídicos. In: CASABONA, Carlos María Romeo; QUEIROZ, Juliane Fernandes (Coord.). **Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas**. Belo Horizonte: Del Rey, 2005. Cap. 5, p. 128-171.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1931/2009**. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8822>. Acesso em 07 jun. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº1805/06**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/111_2007.htm>. Acesso em: 07 jun. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 26 fev.2013.

DALCIN, Bruno Luis Galluzzi da Silva. **Morfologia do sistema nervoso**. Disponível em : <<http://www.existencialismo.org.br/jornalexistencial/brunomorfologiadosn.htm>>. Acesso em: 21 mai. 2013.

DEMÉTRIO, João. **A ciência da morte (Tanatologia)**. 2007. Disponível em: <http://www.feal.com.br/artigo.php?car_id=35&col_id=9&t=A-ciencia-da-morte>. Acesso em: 17 abr. 2013.

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

DISTRITO FEDERAL, Ministério Público Federal. **Resolução nº 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina**. Juiz Roberto Luiz Luchi Demo. Sentença de 2010. Disponível em:<http://www.jfdf.jus.br/destaques/14%20VARA_01%2012%202010.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

GOGLIANO, Daisy. **Pacientes terminais - morte encefálica**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v1/pacienterm.html>>. Acesso em 23 de fev. 2013.

GOLDIM, José Roberto. Bioética, Morte e Morrer. **Revista Jurídica Consulex**, Brasília, Ano XIV, n.322, p. 28-30, jun. 2010.

GUTIERREZ, Pilar. O que é o paciente terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, abril/junho de 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200010>. Acesso em: 09 mar. 2013.

LIMA, Carlos Vital. Ortotanásia e Cuidados Paliativos: instrumentos de preservação da dignidade humana. **Revista Jurídica Consulex**, Brasília, Ano XIV, n.322, p. 31-32, jun. 2010.

LOCH, Jussara de Azambuja. Princípios da Bioética. KIPPER, D.J.(ed.) **Uma introdução à Bioética**. Temas de Pediatria Nestlé, n.73, 2002. Disponível em:<<http://www.pucrs.br/bioetica/cont/joao/principiosdebioetica.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2013.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; SÁ, Maria de Fátima Freire de. Da relação jurídica médico-paciente: dignidade da pessoa humana e autonomia privada. In: SÁ, Maria de Fátima Freire (Coord.). **Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002. Cap. 3, p. 101-127.

NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. Introdução ao Biodireito: da zetética à dogmática. In: SÁ, Maria de Fátima Freire (Coord.). **Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002. Cap. 4, p. 129-140.

PESSINI, Léo. **Problemas atuais de Bioética**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 1997.

PESSINI, Léo. Distanásia: **Até quando investir sem agredir?** Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357>. Acesso em: 11 mar. 2013.

QUEIROZ, Juliane Fernandes. **Paternidade: aspectos jurídicos e técnicas de inseminação artificial.** Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. A dignidade do ser humano e os direitos de personalidade: uma perspectiva civil-constitucional. In: SÁ, Maria de Fátima Freire (Coord.). **Biodireito.** Belo Horizonte: Del Rey, 2002. Cap. 3, p. 83-100.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito de Morrer.** Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SOUZA, Cimon Hendrigo Burmann de. Eutanásia, distanásia e suicídio assistido. In: SÁ, Maria de Fátima Freire (Coord.). **Biodireito.** Belo Horizonte: Del Rey, 2002. Cap. 5, p. 141-184.

VIEIRA, Renata Mendes; RODRIGUES, Vinicius Dias. Cuidados paliativos: relevância, dificuldades e papel do enfermeiro. **EFDeportes.com Revista Digital**, Buenos Aires, ano 15, n. 151, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd151/cuidados-paliativos-o-papel-do-enfermeiro.htm>>. Acesso em: 07 de maio 2013.