

**A ORTOTANÁSIA E O DIREITO DE MORRER COM DIGNIDADE: UMA  
ANÁLISE CONSTITUCIONAL**  
***ORTHOTHANASIA AND THE RIGHT TO DIE WITH DIGNITY: AN ANALYSIS OF  
CONSTITUTIONAL***

*Tiago Vieira Bomtempo<sup>1</sup>*

**SUMÁRIO:** 1- Introdução ; 2- Conceitos de ortotanásia, eutanásia, mistanásia e suicídio assistido; 3- O direito de morrer com dignidade, 3.1- Direito à vida, 3.2- Direito à saúde, 3.3- Direito à igualdade e liberdade e o princípio da autonomia privada; 4- Ética médica, religião e terminalidade da vida, 4.1- O entendimento religioso acerca da ortotanásia e terminalidade da vida; 5- Considerações finais; Referências bibliográficas.

**SUMMARY:** 1 - Introduction 2 - Concepts orthotanasia, euthanasia and assisted suicide misthanasia 3 - The right to die with dignity, 3.1- Right to Life, Right to health 3.2-, 3.3-Right to liberty and equality and the principle of autonomy 4 - Medical ethics, religion and finalization of life, 4.1-Understanding about religious orthotanasia and finalization of life; 5 - Final Thoughts; References.

## **Resumo**

Nesta pesquisa realizou-se um estudo da ortotanásia e o direito de morrer com dignidade. Seu objetivo foi demonstrar, a partir de uma análise constitucional, a legalidade da prática da ortotanásia, na perspectiva do direito de morrer com dignidade, inserido no contexto de Estado Democrático de Direito. Foi realizada revisão bibliográfica bem ainda análise das legislações e atos normativos pertinentes ao estudo e relacionadas a este; os principais autores que estudaram ou estudam a ortotanásia, abarcando a origem histórica, a evolução do procedimento, e as correntes teóricas presentes no biodireito e na bioética. Foi realizada

---

<sup>1</sup> Bacharel em Direito pela Faculdade Mineira de Direito da PUC Minas, unidade Coração Eucarístico. Ex- bolsista do Projeto FIP/PUC MINAS n. 2º 2009/4862-S2, sob a orientação do professor pós-doutor Fernando Horta Tavares. Artigo do referido projeto de pesquisa, oriundo de monografia de conclusão de curso, indicada para publicação. Biotécnico.

pesquisa sob o enfoque religioso e da ética médica acerca da ortotanásia. Este estudo verificou que a tendência atual é diminuir o elo de subordinação médico-paciente, conforme observado pelo novo Código de Ética Médica brasileiro, e que a ortotanásia assegura a autonomia e dignidade do paciente terminal. Por fim, concluiu-se neste estudo que a ortotanásia obedece à Constituição Brasileira, pois visa assegurar uma morte digna ao paciente terminal, permeada pela dignidade da pessoa humana, em contraposição aos tratamentos desumanos e degradantes, vedados pelo texto constitucional.

**Palavras-chave:** Ortotanásia. Morte digna. Dignidade da pessoa humana.

Autonomia privada. Relação médico-paciente. Constituição da República de 1988. Estado Democrático de Direito.

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas presenciou-se um rápido avanço da Medicina e da Biotecnologia, questionando-se até mesmo a possibilidade da imortalidade humana. Neste sentido, com a modernização e a descoberta de novas técnicas, o Homem passou discretamente de ser, para coisa.

Neste raciocínio coaduna Antônio Luiz Bento, ao pontuar que,

O risco iminente é aquele de transformar o ser humano sujeito num objeto e num escravo na evolução moderna da tecnologia. O momento atual é de profundas crises de humanismo e de incertezas no uso da tecnologia, que trouxe, sem dúvida, tantos benefícios, mas também preocupações, sobretudo em nível ético.

Esse comportamento também corre o risco de desumanizar a medicina para deixar um lugar ao frio tecnicismo, impondo certa distância ou barreira entre o pessoal da saúde e o paciente. Ora, o progresso tecnológico jamais deverá ser motivo de danos à integridade psicofísica do ser humano, que deve ser protegida em todo ato médico (BENTO, 2008, p.314).

Falar em morte nos dias atuais aterroriza a todos, como se esperasse que a vida fosse eterna, sob o ponto de vista biológico. A cultura do corpo sarado, da geração saúde, nos remete a deusificação do próprio corpo, levando-nos a categoria de super-homens e de super-mulheres, a prova de qualquer doença. Esquecem que um dia se tornarão velhos, que seus órgãos com o tempo vão parar de funcionar, e que a morte é inevitável.

Porém, não é essa a realidade que se encontra nas UTIs (Unidade de Terapia Intensiva) dos hospitais. Pessoas com doença em estágio terminal, sem chance de cura, se agonizam nos leitos dos hospitais e sofrem demasiadamente, pois somente sobrevivem ligadas a aparelhos, que prolongam a morte, sem levar em consideração a dignidade do paciente.

A Constituição da República de 1988 nos revela que a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos do nosso Estado. Desta forma, na medida em que a estes doentes não têm mais chance de cura, e para evitar tratamentos que lhe causem mais dores e sofrimentos que somente prolongam a morte, deve ser-lhes dado o direito de morrer com dignidade.

E este direito é procedimentado pela prática da ortotanásia, que significa a morte correta, no seu tempo certo, não submetendo o paciente terminal a tratamentos desumanos e degradantes, que visam somente a prolongar a sua morte, sem chance alguma de cura, desde que respeitada a sua vontade.

Diante do exposto, este trabalho abordará a ortotanásia, sob a perspectiva do direito de morrer com dignidade. Para tanto, propõe-se a constitucionalidade da ortotanásia, e sua conformação teórica ao Estado Democrático de Direito, diante dos estudos a seguir apresentados.

## **2 CONCEITOS DE ORTOTANÁSIA, EUTANÁSIA, DISTANÁSIA, MISTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO**

Ortotanásia, eutanásia, distanásia, mistanásia e suicídio assistido são conceitos que envolvem o processo de morrer, e são muitas vezes confundidos.

A eutanásia, também chamada de “boa morte”, ocorre quando o paciente sabendo que a sua doença é incurável ou ostenta situação que o levará a não ter condições mínimas de uma vida digna, solicita, ao médico ou terceiro que o mate antecipadamente, visando a evitar os sofrimentos e dores físicas e psicológicas que lhe trarão com o desenvolvimento da doença ou sua condição física.

Conforme explica Maria de Fátima Freire de Sá,

O termo eutanásia foi criado no século XVII, pelo filósofo inglês Francis Bacon. Deriva do grego eu (boa), thanatos (morte), podendo ser traduzido como “boa morte”, “morte apropriada”, morte piedosa, morte benéfica, fácil, crime caritativo, ou simplesmente direito de matar (SÁ, 2005, p. 38).

A eutanásia possui dois elementos configurativos, que são a intenção e o efeito da ação. A intenção de realizar a eutanásia pode gerar uma ação, configurando a “eutanásia ativa”, ou uma omissão, a não-realização de uma ação terapêutica, denominando a “eutanásia passiva”.

Alguns autores, como Maria de Fátima Freire de Sá (2005, p.39) entendem que a eutanásia passiva e ortotanásia são sinônimos. Porém, com a Resolução n. 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM), o conceito de ortotanásia passou a ter um contexto mais amplo, pois não envolve somente a omissão, mas também cuidados necessários que aliviam os sintomas, evitando os sofrimentos. Segundo a referida resolução,

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. (Res. n.1.805/2006, CFM).

Etimologicamente, ortotanásia significa morte correta, *orto*: certo, *thanatos*: morte. Significa o não prolongamento artificial do processo de morte, além do que seria o processo natural, feito pelo médico (BORGES, 2001, p.287).

Deve-se ter em vista que a ortotanásia objetiva a morte no tempo certo, sem prolongar o sofrimento, a fim de evitar a distanásia.

Para Maria Helena Diniz,

Pela distanásia, também designada obstinação terapêutica (*L' acharnement thérapeutique*) ou futilidade médica (*medical futility*), tudo deve ser feito mesmo que cause sofrimento atroz ao paciente. Isso porque a distanásia é morte lenta e com muito sofrimento. Trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte [...] (DINIZ, 2006, p. 399).

A distanásia é o oposto da ortotanásia, pois a distanásia fere a dignidade do paciente, enquanto a ortotanásia, visa à morte digna.

Outro conceito importante é a mistanásia, também chamada de eutanásia social, ou morte miserável, antes da hora:

[...] Dentro da categoria de mistanásia pode-se focalizar três situações, primeiro, a grande massa de doentes e deficientes que, por motivos políticos, sociais e econômicos não chegam a ser pacientes, pois não conseguem ingressar efetivamente no sistema de atendimento médico; Segundo, os doentes que conseguem ser

pacientes, para, em seguida, se tornar vítimas de erro médico e, terceiro, os pacientes que acabam sendo vítimas de má-prática por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos [...] (MARTIN, 1998, p.172).

Compreende-se que a mistanásia é decorrente de falhas do sistema de saúde, por motivos sociais, políticos e econômicos.

Diferentemente, no suicídio assistido, a morte não depende de forma direta da ação do terceiro. Ele ocorre por ato do próprio paciente, que pode ser orientado, auxiliado ou observado pelo médico ou terceiro.

Maria Helena Diniz (2006, p.381), esclarece que é a hipótese em que morte advém de ato praticado pelo próprio paciente, orientado ou auxiliado por terceiro ou por médico.

Depois de verificadas as terminologias mais importantes relacionadas à ortotanásia e ao processo de morrer, no próximo capítulo será estudado o direito de morrer com dignidade.

### **3 O DIREITO DE MORRER COM DIGNIDADE**

Para iniciar este capítulo é necessário que se tome os conceitos de morte e dignidade para o Direito, definidos em lei e na doutrina.

Conforme o artigo 3º da Lei n.9.434, de 4 de fevereiro de 1997, a Lei de Doação Presumida de Órgãos, ou mais conhecida como a Lei dos Transplantes, “é considerada para fins de término da vida humana a morte encefálica”.

De acordo com a Resolução n. 1480/97 do Conselho Federal de Medicina, o estabelecimento de conceito de morte foi fixado por médicos, onde consta nesta resolução que a morte encefálica, que é o critério adotado para que se possa fazer transplantes de órgãos, é caracterizada pelo coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia.

Maria de Fátima Freire de Sá explica que

[...] o critério para o diagnóstico de morte cerebral é a cessação irreversível de todas as funções do encéfalo, incluindo o tronco encefálico, onde se situam estruturas responsáveis pela manutenção dos processos vitais autônomos, como a pressão arterial e a função respiratória (SÁ, 2005, p.44).

Sendo assim, sob o prisma jurídico, a morte somente ocorre após a cessação da atividade cerebral. Antes deste momento o paciente ou doente terminal encontra-se no processo do morrer, razão pela qual deve ser assegurada a dignidade até o fim da sua vida.

Entende-se, pois, que se durante todo o desenvolvimento da pessoa foi garantida a dignidade, deve-se ter em vista que ao término da vida, ela também deve ser observada, sob pena de violação desta garantia.

Segundo Ronald Dworkin,

[...] A morte domina porque não é apenas o começo do nada, mas o fim de tudo, e o modo como pensamos e falamos sobre a morte – a ênfase que colocamos no “morrer com dignidade” – mostra como é importante que a vida termine *apropriadamente*, que a morte seja um reflexo do modo como desejamos ter vivido (DWORKIN, 2003, p.280).

A dignidade, fundamentada no artigo 1º, inciso III, da Constituição da República de 1988, diz que o Brasil se constitui em um Estado Democrático de Direito que tem como um dos seus fundamentos a dignidade da pessoa humana.

A autora Roxana Borges, esclarece que:

A concepção de dignidade humana que nós temos liga-se à possibilidade de a pessoa conduzir sua vida e realizar sua personalidade conforme sua própria consciência, desde que não sejam afetados direitos de terceiros. Esse poder de autonomia também alcança os momentos finais da vida da pessoa (BORGES, 2001).

E estes momentos finais da vida incluem o processo do morrer, onde deve ser assegurada a autonomia daquele que busca ter um término de vida digno, o direito de morrer dignamente.

O direito à morte digna, a partir da ortotanásia, e permeado pela dignidade da pessoa humana, relaciona-se com outros direitos e princípios da Constituição brasileira, os quais serão tratados nos subtítulos seguintes.

### **3.1 Direito à vida**

Aborda-se neste subtítulo a relação entre o direito à vida com a crítica do prolongamento desta mesma vida em pacientes terminais.

O direito à vida está previsto no *caput* do artigo 5º da Constituição da República de 1988, o qual expressa que todos são iguais perante a lei, garantindo-se a inviolabilidade do direito à vida, sendo um valor inerente à pessoa humana; é uma garantia fundamental.

Portanto, é direito do paciente terminal<sup>2</sup> escolher qual a melhor forma de encerrar a sua vida, pois esta é um direito inviolável, de acordo com a nossa Constituição.

O direito à vida não é absoluto e nem um dever, pois não existe no texto constitucional o dever de vida do próprio indivíduo, e inclusive o Código Penal brasileiro não tipifica como ilícito penal a tentativa de suicídio.

Conforme explica Raquel Sztajn,

A conclusão que se segue é que vida é uma espécie de direito cuja tutela se faz pela propriedade e cujo titular é o ser humano capaz, competente, apto a se auto-determinar. Por isso, que respeito ao semelhante, à sua dignidade, provas de civilidade e urbanidade, são valores sociais que as normas incorporam (SZTAJN, 2009, p.253-254).

Neste entendimento, Roxana Borges (2001, p.298) afirma que é assegurado o direito (não o dever) à vida, mas não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento, embora haja o dever estatal de que os melhores tratamentos médicos estejam à sua disposição.

A partir do momento em que ocorre a violação dos direitos e garantias fundamentais, há a violação do direito à vida. Portanto, uma vez violada a dignidade do paciente, a sua autonomia, quando submetido a tratamentos considerados inúteis<sup>3</sup>, que se tornam desumanos e degradantes a ele já não se pode dizer que existe o respeito à vida, pois a vida deve ter qualidade, e qualidade de vida<sup>4</sup> infere em bem estar físico, psicológico, social e econômico.

Segundo Maria de Fátima Freire de Sá,

A obstinação em prolongar o mais possível o funcionamento do organismo de pacientes terminais, não deve mais encontrar guarida no Estado de Direito, simplesmente, porque o preço dessa obstinação é uma gama indizível de sofrimentos gratuitos, seja para o enfermo, seja para os familiares deste. O ser humano tem

---

<sup>2</sup> O conceito de paciente terminal será abordado no item 3.2 deste capítulo.

<sup>3</sup> Terapias inúteis ou ineficazes para o tratamento do doente seriam aquelas que somente prolongariam a penosidade da doença, configurando-se como tratamento desproporcional em relação aos riscos e benefícios, o que condena o paciente a uma agonia prolongada artificialmente, mas sem uma chance de cura, também chamadas de insistência terapêutica (BENTO, 2008, p.167).

<sup>4</sup> Segundo a OMS, “a qualidade de vida é definida como percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores, nos quais ele está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de alcance abrangente, afetado de forma complexa por sua saúde física, estado psicológico e nível de independência, por suas relações sociais e relações com as características do seu meio ambiente.” Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v67n1/a08v67n1.pdf>> Acesso em 17 Abr.2010.

outras dimensões que não somente a biológica, de forma que aceitar o critério da qualidade de vida significa estar a serviço não só da vida, mas também da pessoa. 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 (SÁ, 2005, p.32).

Quando não há mais qualidade de vida, não se pode dizer que existe vida digna.

Entende-se que a partir do momento em que não há mais perspectivas de cura, deve ser dado ao paciente o direito de morrer com dignidade, pois o processo do morrer faz parte da vida do doente, que tem o direito à vida, digna.

### 3.2 Direito à saúde

A saúde é um direito que está previsto no artigo 6º da Constituição da República de 1988. “É direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, conforme o artigo 196 do texto constitucional.

Assim, infere-se que a saúde deve ser assegurada desde a prevenção até o estágio final da doença, o que não significa dizer usar, às vezes inutilmente, todos os meios existentes para a manutenção da vida do doente, sob pena de ofensa à dignidade da pessoa humana, permeada no artigo 1º, inciso III da Carta Magna.

O conceito de saúde vem sendo redefinido pela Organização Mundial de Saúde.

Segundo Cristian Barchifontaine,

[...] Em lugar de entender a saúde como mera ausência de doença, propõe-se uma compreensão da saúde como bem-estar global da pessoa: bem-estar físico, mental e social. Quando se acrescenta a esses três elementos a preocupação com o bem-estar espiritual, cria-se uma estrutura de pensamento que permite uma revolução em termos de abordagem do doente crônico ou terminal (BARCHIFONTAINE, 2002, p.292).

A este novo conceito de saúde, promotora do bem-estar, associa-se a prática da ortotanásia, na busca do alívio da dor e sofrimento do paciente terminal<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> No horizonte da medicina curativa, que entende a saúde, primordialmente, como ausência de doença, é absurdo falar da saúde do doente crônico ou terminal, porque, por definição, ele não tem nem pode ter saúde. Mas, se redimensionarmos nosso conceito de saúde para focalizar suas dimensões positivas, reinterpretando-a

Ressalta-se que o conceito de paciente ou doente terminal, apesar de não ter consenso na área médica, “é o doente crônico para quem a medicina não oferece nenhuma chance real de cura”, conforme Iberê Anselmo Garcia (2007, p.261).

Já a terminalidade, conforme afirma Raquel Sztajn (2009, p.252), é estado de fato, estado da natureza, em que a superveniência da morte, seja por agravamento da doença, seja por outra causa (trauma ou acidente) é inevitável, ocorrendo esse evento em lapso temporal relativamente curto.

José Roque Junges, citando a autora E. Kübler-Ross<sup>6</sup>, explica que o paciente terminal passa por cinco fases a partir da informação médica de que pode vir a falecer:

. Fase da negação explícita: a primeira reação diante da informação é a de negar a evidência do relato dos sintomas.

. Fase da ira: o doente assume atitudes coléricas contra os que o rodeiam. Ele se pergunta por que a enfermidade afeta justamente a ele sente-se mal pela vitalidade que encontra ao seu redor.

. Fase da negociação: é uma espécie de trégua e colocação de prazos, enquanto se negocia com Deus. A pessoa faz promessas em troca de conseguir cura. Nesse momento, a pessoa já começa a enfrentar de frente a morte.

. Fase da depressão: no começo, trata-se de uma culpabilização em relação ao passado, porque não se deu a devida atenção à família e não se atendeu bem à profissão. Depois aparece uma depressão em relação ao futuro, quando a pessoa prefere estar só; não se interessa pela comida, familiares e amigos; não quer saber nada da realidade exterior.

. Fase da aceitação: o doente pode chegar a um sentimento de profunda paz interior e exterior, superando o medo e a amargura. Para esta aceitação, a atitude do doente ocupa um lugar central (JUNGES, 1999, p.176-177).

Durante estas fases deve haver a presença solidária e beneficente do médico e dos familiares do doente, de forma a lhe dar assistência em todos os sentidos, para que tenha um processo de morrer digno.

O que se tem mostrado nos dias atuais é a busca incessante dos aparelhos médicos com o objetivo de vencer a morte<sup>7</sup>, tornando o doente terminal muitas vezes um instrumento de estudos médicos, sem importar com a sua vontade e dignidade (Exposição de Motivos, Res. n.1805/2006 CFM).

---

como estado de bem-estar, descobrimos formas de discurso em que faz sentido em falar de saúde do doente crônico ou terminal porque há sentido em falar de seu bem-estar físico, mental, social e espiritual, mesmo quando não existe a mínima perspectiva de cura (BARCHIFONTAINE, 2002, p.293).

<sup>6</sup> JUNGES, José Roque. **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo : Ed. Unisinos, 2003.

<sup>7</sup> Como todo ser humano é mortal, deve-se aceitar, naturalmente, o declínio e a morte como parte da condição humana, pois não se pode, indefinidamente, evitar o óbito, por ser um mal que fatalmente ocorrerá, havendo moléstia invencível. É preciso dar ênfase ao paradigma de cuidar e não curar, procurando aliviar o sofrimento. Não há como evitar a morte; ela sempre existiu e existirá; a vulnerabilidade humana torna-a inevitável, por maior que seja o avanço da tecnologia médica. [...] O ser humano pode ser curado de uma doença mortal, mas não de sua imortalidade (DINIZ, 2006, p.409-410).

Nestes casos não existe o direito à saúde, pois nem mesmo é dado o consentimento do paciente. O que acontece são tratamentos desumanos e degradantes<sup>8</sup>, proibidos na Constituição, de acordo com o artigo 5º, inciso III, os quais violam deflagradamente a dignidade da pessoa humana, chamados de obstinação terapêutica ou distanásia.

Luiz Antonio Bento pondera que,

No Brasil, é preciso recuperar o valor da dignidade da pessoa humana. Existe uma degradação de humanidade no mundo da saúde, causada pela deterioração no mundo da escala de valores, tornando árdua a consideração do doente como pessoa. Tal situação vai se transformando numa doença cada vez mais grave e atinge não apenas a pessoa do doente, mas também as estruturas hospitalares e os serviços sociais de atendimento à saúde, envolvidos na ação de renovação (BENTO, 2008, p.316).

Assim, entende-se que tais medidas cerceiam o acesso universal e igualitário à saúde, violando o artigo 6º e 196 da Constituição, as quais impedem o acesso à saúde para aqueles que morrem mesmo antes de serem atendidos, configurando a mistanásia ou morte miserável, infelizmente.

### **3.3 Direito à igualdade e liberdade e o princípio da autonomia privada**

A igualdade e liberdade respaldadas no *caput* do artigo 5º da Constituição da República de 1988, informa que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se a inviolabilidade da igualdade e liberdade.

Kildare Gonçalves Carvalho discorre que,

[...] De fato, a igualdade formal, entendida como igualdade de oportunidades e igualdade perante a lei, tem sido insuficiente para que se efetive a igualdade material, isto é, a igualdade de todos os homens perante os bens da vida, tão enfatizada nas chamadas democracias populares, e que, nas Constituições democráticas liberais, vem traduzida em normas de caráter programático, como é o caso da Constituição brasileira.

No exame do princípio da igualdade, deve-se levar em conta, ainda, que, embora sejam iguais em dignidade, os homens são profundamente desiguais em capacidade,

---

<sup>8</sup> [...] o "tratamento desumano" é o tratamento degradante que provoca grande sofrimento mental ou físico e que na situação específica é injustificável, impondo esforços que vão além dos limites razoáveis (humanos) exigíveis. Assim, o tratamento desumano, engloba o degradante. Disponível em: <[http://www.lfg.com.br/public\\_html/article.php?story=20080516142509297&mode=print](http://www.lfg.com.br/public_html/article.php?story=20080516142509297&mode=print)> Acesso em 11 Ago.2010.

circunstância que, ao lado de outros fatores, como compleição física e estrutura psicológica, dificulta a efetivação do princípio (CARVALHO, 2005, p.438-439).

Conclui o referido autor (GONÇALVES, 2005, p.441), que o princípio da igualdade, não é absoluto, como nenhum direito o é.

Sendo assim, na medida em que já não existe o direito à vida, mas sim “um dever de vida”, aos doentes terminais deve ser assegurado a igualdade de decidir o direito de dispor da própria vida, em contraposição àqueles que têm o direito à vida quando estão sadios ou em condições mínimas de ter qualidade de vida.

Assim, Maria de Fátima Freire de Sá explica que,

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

Para Henrique Cláudio de Lima Vaz (2002, p.347), a igualdade dos indivíduos é a igualdade das carências e da exigência de sua satisfação.

Ou seja, a igualdade somente ocorre quando a vontade é atendida, e, no caso do paciente terminal, quando o seu direito de morrer dignamente é respeitado.

Para que esta vontade ocorra é necessária a garantia da liberdade.

A vontade normalizada pelo Direito, para ter validade, deve o seu emissor possuir capacidade. Para ser capaz o indivíduo deve ser maior de 18 anos e capaz para os atos da vida civil, ou seja, não se enquadrar nos casos dos artigos 3º e 4º do Código Civil de 2002, que são os casos de incapacidade.

E, nestas situações legais de incapacidade não há menção às pessoas enfermas, salvo quando não tiverem o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil; deduzindo-se, portanto, que os doentes e pacientes terminais podem ser capazes para decidirem morrer dignamente, uma vez que são titulares do direito às suas próprias vidas.

A justificar tal ordem de idéias, o conteúdo do princípio da legalidade, expresso no artigo 5º, inciso II da Constituição, onde “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”. Sendo assim, se não há lei que veda a (in)capacidade dos doentes e pacientes terminais, deduz-se que eles possuem capacidade para decidirem acerca do possível término de suas vidas, em condições de dignidade.

Destarte, faz-se mister que a liberdade, como garantia fundamental do indivíduo, e instituidora do Estado Democrático de Direito, deve ser assegurada ao paciente terminal.

Segundo o filósofo Marcel Conche (1993, p.97), sem a liberdade de deixar esta vida, viveríamos sem a liberdade de viver porque, não tendo a liberdade de morrer, não estaríamos na vida por escolha, mas encarcerados nela como uma prisão.

Neste entendimento, Ronald Dworkin (2003, p.307) afirma que levar alguém a morrer de uma maneira que outros aprovam, mas que para ele representa uma terrível contradição de sua própria vida, é uma devastadora e odiosa forma de tirania.

A liberdade do paciente deve levar em consideração o consentimento esclarecido<sup>9</sup>, para a recusa ou não do tratamento, com o intuito de verificar qual a melhor decisão a ser tomada por ele; é um dever do médico e um direito do paciente.

Não respeitado o consentimento esclarecido, o profissional da saúde poderá até mesmo incidir em crime, como constrangimento ilegal, cárcere privado e lesões corporais, tipificados nos artigos 146, 148 e 129 respectivamente, do Código Penal Brasileiro.

Neste entendimento, defende Roxana Borges,

A inobservância dessa vontade, por parte dos médicos, pode caracterizar cárcere privado, constrangimento ilegal e até lesões corporais, conforme o caso. O paciente tem o direito de, após ter recebido a informação do médico e ter esclarecidas as perspectivas da terapia, decidir se vai submeter ao tratamento ou, tendo esse já iniciado, se vai continuar com ele (BORGES, 2001, p. 295).

Em complemento a esta ordem de idéias, pode-se acrescentar também a norma prevista no artigo 15 do Código Civil de 2002 a qual dispõe que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”, em razão também do princípio da liberdade ao próprio corpo.

No entanto, haverá casos, em que o paciente não terá condições de exprimir a sua vontade, seja em decorrência dos efeitos de medicamentos ou da própria doença, ou mesmo do estado de inconsciência, em coma, ou vegetativo. Tais situações devem ser rigorosamente analisadas, onde caberá a família decidir pela manutenção ou não dos tratamentos direcionados ao paciente terminal.

A incapacidade do paciente, nos casos em que não puder expressar a sua vontade está expressa no artigo 3º, inciso II do Código Civil de 2002. Nesta situação, a família, como

---

<sup>9</sup> O consentimento esclarecido é um direito do paciente, direito à informação, garantia constitucional, prevista no artigo 5º, inciso XIV da Constituição, e no cap. IV, art. 22 do Código de Ética Médica. Segundo Roxana Borges, o paciente tem o direito de, após ter recebido a informação do médico e ter esclarecidas as perspectivas da terapia, decidir se vai se submeter ao tratamento ou, tendo esse já iniciado, se vai continuar com ele. Estas informações devem ser prévias, completas e em linguagem acessível, ou seja, em termos que sejam compreensíveis para o paciente, sobre o tratamento, a terapia empregada, os resultados esperados, o risco e o sofrimento a que se pode submeter o paciente. Esclarece a autora ainda, que para segurança do médico, o consentimento deve ser escrito (BORGES, 2001, p.294).

representante legal, pelo exercício da curatela, prevista no artigo 1.767, inciso I cominado com o artigo 1.775 do mencionado código, poderá optar ou não em submeter, ou continuar a submeter o doente àquele tratamento. E caso opte pela morte digna do seu parente enfermo, a família, como guardiã dos interesses do incapaz, terá este direito.

Assim é o entendimento de Maria de Fátima Freire de Sá,

[...] a ortotanásia afigura-se no exercício regular da medicina, a consulta à família se torna necessária, a uma, porque são os parentes os guardiões do interesse do incapaz; a duas, porque tal medida traria segurança ao médico, evitando-se possível ação judicial contra o profissional. (SÁ, 2005, p.135).

Entretanto, se não houver quem possa decidir pelo paciente incapaz, é dever do médico promover as condições necessárias para a manutenção da vida digna do doente.

Este dever está contido nos incisos II, VI e XXII do novo Código de Ética Médica, norma regulamentadora da atividade médica, que entrou em vigor a partir de 13 de abril de 2010<sup>10</sup>.

Seja capaz, incapaz ou com o consentimento prévio, ao paciente terminal deve ser garantida a sua liberdade de escolha de morrer com dignidade.

Conclui-se neste capítulo que a ortotanásia é a prática do direito de morrer com dignidade. Deve-se frisar que tal procedimento relaciona-se com a ética médica, e gera debates e repercussões religiosas, temas dos quais serão abordados no próximo capítulo.

#### **4 ÉTICA MÉDICA, RELIGIÃO E TERMINALIDADE DA VIDA**

A prática da ortotanásia envolve não somente aspectos éticos como também religiosos. É o que abordará este capítulo.

A respeito do estudo da Ética, Antônio Bastos, Fortunato Palhares e Antônio Carlos Monteiro afirmam que,

---

<sup>10</sup> Capítulo I, inciso II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional; inciso VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade, inciso XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados (Res. CFM 1.931/2009).

Ética é o estudo sistemático das ações voluntárias que constituem a conduta e o comportamento diários do ser humano. Pode ser classificada como descritiva ao observar e registrar o comportamento das pessoas e normativa a que analisa se determinada conduta é boa ou correta, ao considerar os comportamentos pessoal e social (BASTOS; PALHARES; MONTEIRO, 1998, p.243).

O agir ético deve empreender-se pela boa conduta, o que é correto e aceito pela sociedade, do ponto de vista social e psicológico, na intenção da ação.

O profissional médico deve pautar-se pela ética no sentido de promover o bem-estar global do paciente e a sua saúde, respeitadas a sua autonomia e dignidade, inclusive no estágio terminal da vida do doente. Nesta etapa, os cuidados paliativos<sup>11</sup> e a promoção do bem-estar físico, psicológico e espiritual são fundamentais, onde a conduta do médico é importante para que o paciente se sinta pessoa, e não objeto de terapêuticas inúteis, que lhe tragam mais dores e sofrimentos.

Pela ortotanásia, o próprio doente se beneficia quando toma consciência desse processo e nele se torna sujeito e protagonista.

No campo da atuação dos profissionais da medicina<sup>12</sup>, suas atividades são regulamentadas pela Resolução n. 1.931 de 24 de setembro de 2009 (o atual Código de Ética Médica), em que se pode entender que é dever do médico praticar a ortotanásia quando solicitada pelo paciente terminal.

Entretanto, sob o prisma da sociedade complexa e de vastos e díspares valores que vivemos não se pode delimitar determinado campo ético, tendo em vista que no caso da Medicina, ela envolve outras questões que vão além do seu campo de saber.

É o que afirma Fortes para quem,

[...] a abordagem ética contemporânea é fruto de uma sociedade secular e democrática; afasta-se das conotações morais e religiosas, apesar de ser um campo de estudo e reflexão de inúmeros grupos; constitui-se em uma ética pluralista que aceita a diversidade de enfoques, posturas e valores, a abordagem é interdisciplinar, servindo-se da colaboração e interação da diversidade das ciências biológicas e humanas (FORTES, 1998, p.25).

---

<sup>11</sup> Luiz Antônio Bento traz o conceito de cuidados paliativos, ao dispor que o termo paliativo vem do latim e significa *máscara* ou *manto*. Com esta terminologia entende-se o tratamento dos doentes irreversíveis mediante o uso de fármacos que não podem curar a doença, mas controlar os sintomas. Os cuidados paliativos implicam a utilização de todas as intervenções paliativas apropriadas, entre elas cirurgia, tratamentos hormonais, radioterapia, quimioterapia, para que ajudem a melhorar a qualidade de vida do paciente. O objetivo dos tratamentos paliativos não é prolongar a quantidade de tempo para viver, mas a qualidade de vida do doente, entendida em sentido pleno, isto é: compreendendo não somente a dimensão física, mas também psíquica e espiritual (BENTO, 2008, p.169).

<sup>12</sup> No Brasil a ortotanásia foi regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio da Resolução n. 1.805/2006, que não foi criada pelo devido processo legislativo, nos termos do artigo 59 e seguintes da Constituição de 1988. O CFM, como autarquia federal, regula a atuação dos profissionais da medicina, que, conseqüentemente, gera reflexos na vida do povo.

Chega-se assim, ao conceito da ética da vida, chamada de Bioética, sob a perspectiva autonômica e humanista, em que vê o indivíduo de forma global, holística, como um todo, e não na sua particularidade como antigamente<sup>13</sup>.

A Bioética é definida por José Roque Junges desta forma:

[...] a Bioética é melhor definida no seu sentido global, como ética das ciências da vida e da saúde. Portanto, ela vai além das questões éticas relativas à medicina para incluir os temas de saúde pública, problemas populacionais, genética, saúde ambiental, práticas e tecnologias reprodutivas, saúde e bem-estar animal, e assim por diante (JUNGES, 1999, p.19).

A Bioética possui quatro princípios norteadores também aplicados à chamada “ética médica”. São eles, a autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Neste diapasão, Maria Helena Diniz assim dispõe,

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

Destarte, entende-se que todos eles podem ser aplicados à prática da ortotanásia, a saber: na autonomia do paciente terminal em decidir querer morrer dignamente; na não-maleficência de não extenuar um tratamento fútil que lhe cause mais dores e sofrimentos; na beneficência da promoção do alívio, do conforto e da dignidade; e na justiça, na qual se para alguns não há mais chance de cura, deve-se buscar promover o acesso ao tratamento para aquele que pode se tornar sadio.

<sup>13</sup> Nessa longa história, desde a origem da medicina, tem-se o conhecimento da responsabilidade pessoal do médico no seu comportamento (*ethos*) e de que no centro de suas atenções encontra-se, sempre, a figura do “paciente”, a pessoa humana sofredora. A missão da medicina era convergir toda a sua atenção sobre esta pessoa na sua experiência da dor (BENTO, 2008, p.44). Segue Antônio Luiz Bento (2008, p.46) que, ao longo da história da medicina, essa ênfase paternalista no benefício do paciente converteu-se na pedra angular da ética médica. Porém, em meados da década de 1960, certos fatores presentes na medicina e na sociedade convergiram no início de uma mudança nos valores que eram importantes na relação médico-paciente, em que se estabeleceu que a tomada de decisões na medicina não era só uma questão concernente aos médicos, mas também a toda a sociedade. Portanto, os seres humanos não são expectadores marginais do progresso da ciência e da técnica, mas sujeitos e protagonistas de um progresso histórico, com uma tarefa específica no atual desenvolvimento biotecnológico (BENTO, 2008, p.46-47). Eis o surgimento da bioética.

Não se olvida que além da existência de um contrato<sup>14</sup>, a relação médico-paciente é uma relação humana, e acima de tudo, um ato de solidariedade e de amor ao próximo, do médico àquele que necessita tanto dos seus cuidados, de sua atenção, carinho e respeito.

#### **4.1 O entendimento religioso acerca da ortotanásia e terminalidade da vida**

Não há como falar da terminalidade da vida sem discutir a presença do elemento religioso, elevado à categoria de direito fundamental pela Constituição Brasileira, ao garantir a inviolabilidade da liberdade de consciência e de crença, e assegurar o livre exercício dos cultos religiosos, segundo o conteúdo do inciso VI, do artigo 5º, do mencionado diploma constitucional.

A morte pode ser encarada como um fato natural da vida, todos participamos do ciclo nascer, crescer e morrer. O que de certo diferencia o ser humano é como este fato natural é compreendido. E é na religião, que se tenta buscar as respostas para a vida, para a morte, e o pós-morte.

Segundo Léo Pessini,

As religiões podem dar às pessoas uma norma superior de consciência, aquele imperativo categórico tão importante para a sociedade de hoje e que obriga numa outra profundidade e firmeza. Pois todas as grandes religiões exigem uma espécie de “regra de ouro” – não se trata de uma norma hipotética, condicional, mas de uma norma incondicional, categórica e apodítica – totalmente praticável diante das mais complexas situações em que os indivíduos ou mesmo muitas vezes grupos devem agir (PESSINI, 2002, p.262).

Aborda-se neste subitem a visão das principais religiões do mundo acerca da ortotanásia e a terminalidade da vida, em consonância com o Estado Democrático de Direito, e à sociedade pluralista e laica em que vivemos.

Para o Budismo esta religião não vê a morte como fim da vida, mas como transição. O Budismo reconhece o direito das pessoas de determinar quando deveriam passar desta

---

<sup>14</sup> Segundo Maria de Fátima Freire de Sá, a relação médico-paciente estabelece entre ambos um vínculo contratual, ato jurídico perfeito, de obrigações de resultados ou obrigações de meios. Por obrigações de resultados tem-se como exemplo as cirurgias plásticas. O médico obriga-se ao resultado. Pelo segundo paradigma, o que ocorre é o empenho do profissional no comprometimento de utilizar-se de meios terapêuticos em benefício do paciente, não havendo, contudo, obrigação em obter êxito (SÁ, 2005, p.34-35).

existência para a seguinte. O importante não é se o corpo vive ou morre, mas se a mente pode permanecer em paz e em harmonia consigo mesma (PESSINI, 2002, p.266).

Para o budismo a qualidade mental da vida do paciente é fundamental, e a sua decisão quanto ao tempo e forma de morrer é de suma relevância, sob pena de violação aos princípios budistas.

Já o Judaísmo enfrenta a morte, no sentido de que o último período da doença deve ser encarado como o momento em que paciente deve ser assistido, consolado e encorajado (SÁ, 2005, p.63). Apesar de o judaísmo ser contra a eutanásia, não se encontra óbice na prática da ortotanásia.

Conforme afirmado por Antônio Chaves,

O judaísmo distingue entre o prolongamento da vida do paciente, que é obrigatório, e o da agonia, que não é. Logo, se houver convicção médica de que o paciente agoniza, podendo falecer dentro de 3 dias, admitidas estão a suspensão das manobras reanimatórias e interrupção de tratamento não analgésico. Deveras, no Torá, livro sagrado dos judeus, acolhida está a idéia da dignidade da morte, pois assim reza: “Todo aquele cuja existência tornou-se miserável está autorizado a abster-se de fazer algo para prolongá-la” (CHAVES, 1994, p.67).

Para o Islamismo, no que tange à ética médica, o Código Islâmico de Ética Médica dispõe como juramento que o médico jura proteger a vida humana em todos os estágios e sob quaisquer circunstâncias, fazendo o máximo para libertá-la da morte, doença, dor e ansiedade. O médico é um instrumento do Deus islâmico para curar as doenças, preservar a vida e a saúde.

Neste sentido, pode-se inferir que a ortotanásia poderia ser admitida pela religião islâmica. Segue esta assertiva, Maria de Fátima Freire de Sá onde pondera que,

[...] torna-se imperioso concluir que o islamismo condena o suicídio e a eutanásia ativa. Contudo, traz certa simpatia em relação à ortotanásia, uma vez que condena a adoção de medidas heróicas para manter, a todo custo, a vida de alguém com morte eminente (SÁ, 2005, p.70).

O cristianismo é a religião mais difundida no mundo. Por conseguinte, é a que apresenta a maior quantidade de documentos acerca do processo de morrer.

A Declaração sobre a Eutanásia, de 1980, da Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, conceitua a eutanásia<sup>15</sup>, e a condena como sendo uma violação da Lei divina, de uma ofensa à dignidade humana, de um crime contra a vida e de um atentado contra a humanidade.

Em 1995, o Papa João Paulo II, promulgou a Carta Encíclica *Evangelim Vitae*. Nesta carta, o papa condena a distanásia, em que este excesso terapêutico já seria inadequado à situação real do doente.

Haja vista que a Igreja Católica condena a eutanásia e a distanásia, pressupõe-se que a ortotanásia poderia ser admitida, em tese, já que o cristianismo admite, por meio dos documentos referendados, a renúncia do paciente a tratamentos considerados fúteis e inúteis, e que o mantenham artificialmente vivo por métodos custosos e sofridos.

Enfatiza-se que apesar de cada religião ter seus dogmas e filosofias diferentes, isto não afasta a *dimensão morte*, pois esta é inerente a qualquer ser vivo. Entre um limite e outro deve-se levar em conta outras dimensões do ser humano como a promoção do amor e do respeito a si e ao próximo e, sob a ótica da presente investigação científica, no asseguramento de um término de vida digno, o morrer em paz.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a ortotanásia, que visa a morte no tempo certo, é o procedimento pelo qual o médico suspende o tratamento, ou somente realiza terapêuticas paliativas, para evitar mais dores e sofrimentos ao paciente terminal, que já não tem mais chances de cura; desde que esta seja a vontade do paciente, ou de seu representante legal.

E esta prática é reivindicada pelo direito à morte digna, co-extensão da dignidade da pessoa humana, além de ser permeada pelos princípios constitucionais da vida, da igualdade, da liberdade, e do direito à saúde, como fora estudados nestes estudos.

---

<sup>15</sup> Etimologicamente, a palavra *eutanásia* significava, na Antiguidade, uma *morte suave*, sem sofrimentos atroz. Hoje, já não se pensa tanto no significado originário do termo; mas pensa-se, sobretudo, na intervenção da medicina para atenuar as dores da doença ou da agonia, por vezes mesmo com risco de suprimir a vida prematuramente. Acontece, ainda, que o termo está a ser utilizado num sentido mais particular, com o significado de “dar a morte por compaixão”, para eliminar radicalmente os sofrimentos extremos, ou evitar as crianças anormais, os incuráveis ou doentes mentais, o prolongamento de uma vida penosa, talvez por muitos anos, que poderia vir a trazer encargos demasiado pesados para as famílias ou para a sociedade (BENTO, 2008, p.160).

Também, como dantes explanado, a ortotanásia atende aos princípios bioéticos. Verificou-se que o profissional médico deve buscar tratar o doente, e não a doença, considerando-o como pessoa, e não como instrumento de uma terapêutica invasiva. Outrossim, torna-se louvável o novo Código de Ética Médica, que visa atender a dignidade do paciente, na visão global de saúde preconizada pela OMS, retirando-se a relação de subordinação entre médico e paciente.

Não se olvida que ao discutir a morte, colocam-se em foco também aspectos éticos e religiosos. No entanto, respeitada a sociedade laica e pluralista, inseridas pelo Estado Democrático de Direito, violar direitos fundamentais, como a dignidade e a liberdade, fere a Constituição, Lei Maior de nosso País.

Diante dos estudos ora aqui apresentados, observa-se que o Direito, representado pelo Biodireito, ainda não consegue acompanhar o avanço da Medicina, o que submete a um conselho de classe, como o Conselho Federal de Medicina, regulamentar procedimentos que envolvam princípios constitucionais e bioéticos, como a ortotanásia.

## **Abstract**

In this research we carried out a study of orthothanasia and the right to die with dignity. His goal was to demonstrate, from a constitutional analysis, the legality of the practice of orthothanasia in view of the right to die with dignity, within the context of democratic rule of law. The literature was reviewed and further analysis of laws and normative acts relevant to the study and related to this, the main authors who have studied or are studying the orthothanasia, covering the historical origin, the evolution of the procedure, and theoretical perspectives present in biolaw and bioethics . A survey was conducted under the focus of religious and medical ethics about orthothanasia. This study found that the current trend is to reduce the bond of subordination doctor-patient relationship, as observed by the new Brazilian Code of Medical Ethics, and the orthothanasia ensures the autonomy and dignity of the terminally ill patient. Finally, this study concluded that orthothanasia obeys the Brazilian Constitution, because it seeks to ensure a dignified death to terminally ill patients, permeated by human dignity, as opposed to inhuman and degrading treatment prohibited by the constitutional text.

**Keywords:** Orthotanasia. Worthy death. Dignity of the person human being.

Private autonomy. Relation doctor-patient. Constitution of the Republic of 1988. Democratic state of Right.

## REFERÊNCIAS

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. A dignidade no processo de morrer. In.: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI, Leocir. **Bioética: alguns desafios**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p.283-286.

BASTOS, Antônio Francisco; PALHARES, Fortunato Badan; MONTEIRO, Antônio Carlos. **Medicina legal para não legistas**. São Paulo: Ed. Copola, 1998.

BENTO, Luis Antonio. **Bioética: desafios éticos no debate contemporâneo**. São Paulo: Paulinas, 2008.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro Borges. Direito de morrer de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. In:SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. **Biodireito: ciência da vida, os novos desafios**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2001. p.283-305.

CARVALHO, Kildare Gonçalves. **Direito constitucional: teoria do estado e da constituição : direito constitucional positivo**. 11ª. Ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

CHAVES, Antônio. **Direito à vida e ao próprio corpo**. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1994.

CONCHE, Marcel. *Le fondement de la morale*. Paris, PUF, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.1.805/2006**. Brasília: CFM, 2006. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm)>. Acesso em: 30 ago. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.1.931/2009**. Brasília: CFM, 2009. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm)>. Acesso em: 20 Abr. 2010.

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

DWORKIN, R. M. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos**. São Paulo, Ed. EPU, 1998.

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

JUNGES, José Roque. **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.

LFG, Rede de Ensino Luiz Flávio Gomes. **Magistratura/SP - Você sabe a diferença entre "tratamento desumano" e "tratamento degradante"?** Disponível em:  
<[http://www.lfg.com.br/public\\_html/article.php?story=20080516142509297&mode=print](http://www.lfg.com.br/public_html/article.php?story=20080516142509297&mode=print)>  
Acesso em 11 Ago.2010.

MARTIN, Leonard M. Eutanásia e Distanásia. In: COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira, OSELKA, Gabriel, GARRAFA, Volnei. **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 171-192.

OSAKI, Hentona Midori e BELFORT JR., Rubens. **Qualidade de vida e custos diretos em pacientes com blefaroespasmto essencial e espasmo hemifacial, tratados com toxina botulínica-A**. In: III Congresso da Sociedade Brasileira de Administração em Oftalmologia – SBAO. 2004, Centro de Convenções Ribalta, RJ. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/abo/v67n1/a08v67n1.pdf>>. Acesso em: 20 Abr. 2010.

PESSINI, Leocir. A eutanásia na visão das maiores religiões (budismo, islamismo, judaísmo e cristianismo). In.: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI, Leocir. **Bioética: alguns desafios**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p.261-282.

PINTO, Antonio Luiz de Toledo; WINDT, Márcia Cristina Vaz dos Santos; CÉSPEDES, Livia (Org.). **Vade mecum Saraiva 2008/** obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antonio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

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

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

VAZ, Henrique C. de Lima. **Ética e Direito**. São Paulo: Landy, Edições Loyola, 2002.