

A ORTOTANÁSIA NO FIM DE VIDA: SINÔNIMO DE DIGNIDADE OU RELEITURA PATERNALISTA

ORTHOTHANASIA AT THE END OF LIFE: SYNONYM OF DIGNITY OR PATERNALISTIC RE-READING

Hélder Fernandes¹

RESUMO: Este estudo pretendeu justificar a ortotanásia no fim de vida, relacionando suas técnicas à consecução dos direitos individuais fundamentais do paciente fora de possibilidade terapêutica curativa. Investigou os cuidados paliativos na busca pela morte digna a partir da negativa da distanásia e da dissociação entre a medicina paliativa e a eutanásia. Para, então, discutir se as práticas ortotanásicas sozinhas seriam suficientes para imprimir a dignidade no processo de morte daquele paciente que enfrenta a terminalidade. Com uma abordagem qualitativa e de objetivo descritivo-explicativo este artigo tem finalidade básica estratégica; foi através do método hermenêutico que tencionou erguer as bases para a construção argumentativa desta hipótese e se dispôs a confirmá-la mediante a utilização do método dedutivo. Com esse fim adotou o procedimento bibliográfico e documental, em especial as disposições constitucionais e as resoluções emitidas pelo Conselho Federal de Medicina.

PALAVRAS-CHAVE: Terminalidade; cuidados paliativos; paternalismo.

ABSTRACT: This study aimed to justify orthothanasia at the end of life, relating its techniques to the achievement of fundamental individual rights of the patient out of curative therapeutic possibility. It investigated palliative care in the search for dignified death based on the denial of dysthanasia and the dissociation between palliative medicine and euthanasia. To then, discuss if the orthothanasia practices alone would be sufficient to print dignity in the death process of that patient facing terminality. With a qualitative approach and a descriptive-explanatory objective, this article has a basic strategic purpose; it was through the hermeneutic method that intended to lay the foundations for the argumentative construction of this hypothesis and was willing to confirm it through the use of the deductive method. To this end, the bibliographical and documental procedure was adopted, especially the constitutional provisions and the resolutions issued by the Federal Council of Medicine.

KEYWORDS: Terminality; palliative care; paternalism.

¹ Bacharel em Direito graduado pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

SUMÁRIO

- 1. INTRODUÇÃO**
- 2. ORTOTANÁSIA: OS CUIDADOS PALIATIVOS NA GARANTIA DE UMA MORTE DIGNA**
- 3. A PRINCIPIOLOGIA DA MEDICINA PALIATIVA: ENTRE A DIGNIDADE E O PATERNALISMO**
- 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

REFERÊNCIAS

A ORTOTANÁSIA NO FIM DE VIDA: SINÔNIMO DE DIGNIDADE OU RELEITURA PATERNALISTA

1. INTRODUÇÃO

À medida que a patologia está tradicionalmente posicionada em primeiro plano, o cuidado com a pessoa do paciente é relegado, o que se distancia da missão do médico de promover o bem-estar físico e emocional daqueles sob os seus cuidados. Em consequência disso a manutenção obsessiva da vida biológica pode conduzir o profissional da medicina à obstinação terapêutica.

O crescimento da intervenção nosocomial, sem embargo dos proveitos auferidos a dispensar justificação, não foi acompanhado por uma reflexão profunda das suas repercussões na rotina das pessoas em fim de vida. Para o Conselho Federal de Medicina no Brasil é insuficiente o estudo das expressões da terminalidade, módicos são os ensinamentos sobre a finitude humana (Resolução nº 1.805, 2006).

Uma doença/lesão grave e incurável traz múltiplos prejuízos, o perecimento do corpo, a perda de independência, a distância do trabalho e da família, e os danos financeiros são alguns exemplos. E ao ingressar em uma instituição de saúde, o paciente não raro enfrenta a redução da sua identidade, é infantilizado e adquire rótulos, comum a despersonalização e por tudo isso é potencializado o sofrimento (KOVÁCS, 2021).

A ausência de possibilidade terapêutica curativa é uma condição clínica complexa que envolve a análise de coordenadas objetivas e subjetivas, a falta de uma resposta ordinária aos tratamentos e as experiências pessoais dos envolvidos, paciente,

seus familiares e equipe médica (MONTEIRO, 2017). As tradições discrepantes entre eles e a autoridade técnica do médico dificultam um consenso mínimo e desafiam a compreensão pela terapia mais adequada no fim de vida (STANCIOLI, 2020).

O postergar do óbito estica o processo de morrer e minimiza o conforto porque potencializa a dor, o sofrimento e a dependência do paciente fora de possibilidade terapêutica curativa, quando a sua personalidade, particularmente nessa circunstância, merece precedência a contar pela não administração de tratamentos incongruentes com a sua condição de terminalidade.

Acentua o Conselho Federal de Medicina, é missão médica a garantia de um processo de morte com os cuidados necessários, presente o menor sofrimento possível (Resolução nº 1.805, 2006). Essa orientação aponta para uma morte digna a se materializar pelas técnicas ortotanásicas, reconhecendo a distanásia como uma conduta que fere as prerrogativas básicas do paciente e emulativa da ética médica.

No Brasil uma morte digna está circunscrita à ortotanásia cujo principal expoente são os cuidados paliativos, e nesse cenário questiona-se se tal modalidade técnica é suficiente para concretizar a dignidade do paciente fora de possibilidade terapêutica curativa; a pergunta que este trabalho científico busca responder com a pretensão de contribuir para os estudos biojurídicos.

Com abordagem qualitativa e de objetivo descritivo-explicativo a sua finalidade é básica estratégica, através dos métodos hermenêutico e dedutivo pretende construir os seus argumentos, para tanto o procedimento adotado parte da análise bibliográfica e documental, de modo especial a Constituição Republicana, o Código Civil Brasileiro, a norma deontológica e outras resoluções pertinentes emitidas pela autarquia competente.

Com esse fim, integra o desenvolvimento deste artigo uma análise sobre os cuidados paliativos, expressão maior da ortotanásia - conceito, princípios e possíveis implicações da medicina paliativa no enfrentamento da terminalidade; somada a isso estão as observações constitucionais para a consecução da dignidade da pessoa humana no fim de vida.

2. ORTOTANÁSIA: OS CUIDADOS PALIATIVOS NA GARANTIA DE UMA MORTE DIGNA

O Conselho Federal de Medicina com assento na Organização Mundial de Saúde incentiva a implementação dos cuidados paliativos - uma atuação qualitativa em face das circunstâncias associadas às doenças ameaçadoras da vida.

Paliativo deriva do latim *palliare* e significa proteger, amparar, abrigar ou cobrir. É muito mais profundo que a sintomatologia porque patrocina não somente a dimensão física, alcança as esferas psicológica, social e espiritual, tomado o paciente do ponto de vista holístico (PESSINI, 2004).

A medicina paliativa afirma a vida e reconhece o morrer como um processo inseparável. O tratamento paliativo é uma fração dos cuidados paliativos, um *ethos* não restrito à iminência da morte, mas delineado desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida humana.

A ortotanásia e conseqüentemente os cuidados paliativos foram encarados por muito tempo como um artifício de baixa complexidade tecnológica, que disfarça, mas não resolve, porém a medicina paliativa não se opõe à utilização de mecanismos biotecnológicos, ao contrário, é um nicho médico-hospitalar especializado e sofisticado, imprescindível uma qualificação idônea.

A autoridade administrativa na resolução nº 1.805/2006 autoriza o médico a limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem o tempo do paciente em fim de vida, com doença grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal, desde que garanta os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento.

O que não se conforma a prática da eutanásia², mas sim da ortotanásia porque o profissional de saúde suspenderá terapias obstinadas, e nesse caso é contínua a provisão dos cuidados de conforto, portanto, não se imputa ao médico a responsabilidade com

² Por sua vez, a eutanásia pode ser definida enquanto ação médica intencional de apressar ou provocar a morte, com exclusiva finalidade benevolente, de pessoa que se encontre em situação considerada irreversível e incurável, consoante os padrões médicos vigentes, e que padeça de intensos sofrimentos físicos e psíquicos. (BARROSO; MARTEL, 2010).

relação à morte do paciente em fim de vida, afastada a negligência, a imperícia ou a imprudência (BOTTONI; ZAHER-RUTHERFORD, 2019).

Considerando a dignidade da pessoa humana (CR, art. 1º, inc. III, 1988) e a proibição constitucional da tortura e do tratamento desumano ou degradante (CR, art. 5º, inc. III) a autarquia é consciente do caráter extraordinário³ que podem assumir os tratamentos em circunstâncias determinadas. E por isso a normativa confere ao médico a permissão de limitar ou suspender essa terapêutica, ainda que o verbo permitir guarde um espaço de deliberação questionável, pois representa uma faculdade sem qualquer imperatividade.

Na norma em comento a autoridade administrativa diz ser preciso respeitar a vontade do paciente ou de seu mandatário legal, isto é, a limitação ou suspensão de terapias em um cenário de terminalidade estaria condicionada ao elemento volitivo porque respeitar é o mesmo que atender.

Contudo o Código de Ética Médica defende que o profissional da medicina evitará procedimentos extraordinários, proporcionando ao paciente os cuidados paliativos compatíveis, sempre que estiver diante de um quadro clínico irreversível. Uma interpretação que merece ser arrematada ao parágrafo único do seu artigo 41, que diz: *“deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações [...]obstinadas[...]”* (CFM, Resolução nº 2.217, 2018).

O que significa encarar a ortotanásia como um dever, apesar de o verbo evitar conferir alguma parcialidade. Assim a pessoa do paciente no fim de vida continua a receber todos os cuidados necessários para aliviar sintomas, aplacar a dor e amenizar o sofrimento, seu e de seus familiares, na perspectiva de uma assistência médica integral favorecendo o paciente fora de possibilidade terapêutica curativa.

Todos devem saber que tem o direito de escolher, não obstante essa imunidade, as suas opções também encontram limites, a uma, no embargo das condutas obstinadas

³ Os tratamentos são assim qualificados quando não atingem os objetivos de melhorar, manter ou restaurar a qualidade de vida; não melhoram o prognóstico; não restauram a consciência; não previnem e nem curam a doença; falham em aliviar o sofrimento e outros sintomas; enfim, as terapêuticas são extraordinárias quando não beneficiam a saúde do paciente em uma percepção holística. (PESSINI, 2007).

em saúde; e de outra, na proibição do abandono, com referência a rejeição dos cuidados paliativos.

Para Amorim (2018) o paciente enfrenta vulnerabilidade frequentemente em duas vertentes, a primeira é fática e advém da postura comum de submissão e fragilidade diante do médico, por ser leigo nessa relação e/ou devido a fragilidade emocional normalmente acarretada pela doença. Mas ela também é técnica porque decorrente da própria tecnicidade da relação que dificulta a sua participação na tomada de decisões. Por isso com toda razão é qualificado o dever de esclarecimento, cooperação e lealdade do médico, uma imposição necessária, a regra e não a exceção.

Os cuidados paliativos, expressão da ortotanásia, é um conjunto de práticas muitas vezes desconhecidas dos pacientes, de seus familiares e representantes, por essa razão, devido à vulnerabilidade técnica, mas também à fática, a equipe médico-hospitalar tem o dever de não somente informar, e sim o de esclarecer; em todo caso modulando a linguagem para que o paciente entenda de fato a relação entre pesos e contrapesos das alternativas clínicas a sua disposição.

Esses também são tratamentos, não de cura porque nas situações em comento já não existe essa possibilidade, mas de cuidado, com o controle de dor, de sintomas, e que envolve também questões espirituais e familiares, a contar com o auxílio de profissionais especializados. E apesar de haver nisso tudo uma parcela de subjetividade a experiência médica deve demonstrar a ilusão de insistir naquilo que é extraordinário.

Não são poucas as situações em que o profissional de saúde está vulnerável, de ordens variadas e com habitual frequência advém de circunstâncias do caso concreto e da consequente fragilidade emocional que marca essas relações, assim como da inexatidão própria das ciências médicas (AMORIM, 2018); nesse cenário horizontalizar a relação médico-paciente não é simples.

A despeito dessas dificuldades, mesmo diante da cultura brasileira de autoridade técnica e pouco diálogo entre esses sujeitos, requer um esforço médico para nivelar esse contato porque depende desse investimento a garantia da dignidade do paciente e o atendimento aos valores republicanos expressos na carta magna.

3. A PRINCIPIOLOGIA DA MEDICINA PALIATIVA: ENTRE A DIGNIDADE E O PATERNALISMO

Leo Pessini (2007) reúne os valores da veracidade, da proporcionalidade, do duplo efeito, da prevenção e do não-abandono como princípios éticos da medicina paliativa.

Enquanto fundamento das relações intersubjetivas que materializa a boa-fé objetiva, comunicar a verdade é um benefício a todos os sujeitos envolvidos na relação médico-paciente. Saber do seu diagnóstico e prognóstico é uma licença reconhecida, pois, somente assim, é possível participar ativamente do processo de tomada de decisão existencial em saúde (PESSINI, 2007).

O capítulo V do Código de Ética Médica, que trata da relação com o paciente e seus familiares, no artigo 34 veda o médico de não esclarecer o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos da terapia, salvo hipótese de a comunicação causar dano real ao paciente; devendo, nesse caso, ser consubstanciada em face de seu representante legal.

Na cognoscibilidade do bioeticista os médicos são responsáveis por salvaguardar a vida humana e aliviar as sensações de dor e sofrimento. Mas para o paciente em fim de vida se torna mais relevante o alívio porquanto a preservação da vida é progressivamente impossível.

Por essa razão, segundo o autor, o profissional da medicina não está eticamente adstrito às terapias extraordinárias. E nesses termos a prioridade se fixa no *ethos* do cuidado, indispensável a proporção entre a manobra empregada e o resultado pretendido.

Para manejar os sintomas dos pacientes fora de possibilidade terapêutica curativa, a exemplo da dor intensa, da crise respiratória aguda grave, além da ansiedade e agitação, é lícita a administração de fármacos que, enquanto aplacam essas manifestações, também são responsáveis por reduzir a pressão arterial, promover a depressão respiratória, podem refrear o grau de vigilância e até mesmo privar o paciente da sua consciência (PESSINI, 2007).

A sedação paliativa é uma ilustração conveniente porque se trata de intervenção médica que a partir da administração de sedativos tenciona o estado de consciência diminuída ou de inconsciência. E o seu propósito é o alívio da dor e/ou sofrimento quando essa condição é percebida como intolerável e intratável, a fim de preservar o paciente e a sua família (DADALTO, 2020).

Apesar disso, é relatado pela doutrina especializada que eventualmente encurta a vida biológica, por conseguinte a sua aplicação é controversa até mesmo entre os profissionais de saúde em face da obscuridade que ainda existe entre a sedação paliativa com indicação adequada e a técnica da eutanásia. Mas entre esses procedimentos a pedra de toque é o elemento volitivo, pois a intenção na sedação paliativa não é a de abreviar o processo de morte, senão de preservar o paciente atenuando sua dor e/ou sofrimento (DADALTO, 2020).

Nessa discussão incide o princípio ético do duplo efeito, quando de um ato resulta uma repercussão variada, podendo parte dela ser prejudicial à saúde, é necessária investigar a intenção do agente. À vista disso entre a sedação paliativa e a eutanásia os conceitos e as condutas operacionais são diferentes (DADALTO, 2020), ainda que ambas as técnicas se orientem para um mesmo objetivo, a saber, aliviar a dor e aplacar o sofrimento.

Nessa intelecção a previsão de complicações possíveis integra a responsabilidade médica de modo que aplicar medidas preventivas, bem como recomendar ao paciente ou seu representante legal, diante das várias alternativas terapêuticas à sua disposição, o itinerário mais adequado - ajustado tomada além da patologia a avaliação da sua personalidade.

É vedado ao médico abandonar o paciente sob os seus cuidados à exceção do direito a objeção de consciência⁴ na forma do Código de Ética Médica, porém há configurações mais sutis de abandono. Cuidar do paciente em fim de vida é desafiador porque evoca a própria finitude, quando, em geral, é acanhada a tolerância para enfrentar o sofrimento e a morte (PESSINI, 2007).

⁴ Art. 8º Objeção de consciência é o direito do médico de se abster do atendimento diante da recusa terapêutica do paciente, não realizando atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência. (CFM, Resolução nº 2.232, 2019).

Na cognoscibilidade de Nucci e Mahuad (2018) o fenômeno da morte se desenvolve de maneira orgânica, no campo dessas discussões está a ortotanásia como o ideal de uma morte natural; tradicionalmente entendida a morte humana como livre de ingerências e que se implementa em uma hora certa.

No entanto não deixa de estar engendrada por uma valoração social positiva em comparação a outras técnicas de morte medicalizada, porque o processo de morrer não é apenas biológico e se sujeita às ações impressas pela cultura e pelo conhecimento biotecnológico, a ortotanásia também é o resultado de intervenções externas.

Afinal o homem ou a mulher a despeito de estarem socializados experimentam os efeitos da medicalização e da judicialização desde o nascimento, dois movimentos que se propagam até mesmo antes do parto e depois da morte. Quem não está minimamente submetido a tais domínios não tem reconhecida a sua cidadania, que deriva, outrossim, da noção de dignidade.

Considerada a pluralidade razoável um pilar nos modernos Estados constitucionais e democráticos, o conceito de morte digna pode assumir diversas configurações e por esse motivo não se conforma a apenas uma espécie técnica. Nessa perspectiva a ortotanásia encerra uma possibilidade de morte reumanizada, mas essa percepção não se conforma à ideia de morte natural, mesmo que não sejam empreendidas condutas obstinadas.

Da percepção de Laura Ferreira dos Santos (2015), embora os bons cuidados paliativos possam tratar a dor e abrandar o sofrimento do paciente que enfrenta a terminalidade, os sintomas da doença continuarão a se manifestar. Para quem o sofrimento é individual e algumas perdas advindas com a patologia são inapeláveis ao juízo próprio do indivíduo para que a ortotanásia possa oferecer um conforto genuíno em todos ou quase todos os casos.

Daí resulta que se o sofrimento for impossível de ser consideravelmente aplacado, conferindo temporalidade e qualidade de vida, com respeito à dignidade humana há de se repensar outras técnicas médicas para o fim de vida, senão é de se assumir que alguns pacientes devam aceitar um processo de morte extremamente doloroso e/ou sofrido.

Por isso restringir a morte digna aos cuidados paliativos é violar a dignidade da pessoa do paciente sob o pretexto da promoção de uma ideia de morte que se implementa na hora certa e sem intervenções. O que não se distancia da lógica paternalista⁵, pois em um cenário de pluralidade razoável, constitucionalmente defendido, a dignidade da pessoa humana se perfaz pela garantia da sua autonomia privada, uma tônica no Estado Democrático de Direito.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desse arcabouço legal a distanásia não integra a liberdade terapêutica do paciente fora de possibilidade curativa, posicionada em sentido oposto à ortotanásia, cuja atividade é claramente incentivada pela autarquia médica; assim a consecução dos cuidados paliativos no fim de vida significa suprimir as condutas obstinadas.

É imprescindível o respeito à autonomia do paciente enquanto partícipe do seu tratamento, uma substancial transformação nas relações de saúde que exige cada vez mais a transparência com o intuito de permitir maiores esclarecimentos à pessoa do paciente para que possa tomar decisões subjetivas existenciais (SÁ; NAVES, 2018).

A autodeterminação daquele em fim de vida se perfaz casuisticamente, analisando esse direito em concorrência com os demais mandamentos de otimização envolvidos no caso concreto, daí a imunidade para escolher, no entanto a sua liberdade encontra limite na proibição do abandono, com referência à ortotanásia, e no embargo das práticas obstinadas em saúde.

Os cuidados paliativos são indeclináveis e ante a criminalização de outras técnicas de morte medicalizada o Estado brasileiro legitima a ortotanásia como aquela que viabiliza o morrer com dignidade, mas, considerando a pluralidade razoável um pilar

⁵ “Para uma boa compreensão, o paternalismo pode ser identificado pelos seguintes caracteres, segundo João Paulo Orsini: a) interferência na esfera de liberdade de alguém por um ato comissivo ou omissivo do agente; b) segurança sobre sua ação; c) justificativa de assegurar o bem da pessoa que sofreu a interferência ou evitar seu mal; d) presunção sobre a falta de capacidade de autodeterminação do interferido; e) contrariedade à vontade do interferido” (2010, p. 106 apud BRAZZALE, 2019, p. 82-83). A autora adverte sobre a existência tênue entre as condutas de paternalismo e autoritarismo. A proteção excessiva e desproporcional habitualmente leva à supressão da autonomia individual da pessoa do paciente relegando o arcabouço principiológico que encerra o Estado Democrático de Direito.

nos modernos Estados constitucionais e democráticos, o conceito de morte digna assume diversas configurações e por essa razão não pode se conformar a apenas essa modalidade.

Por meio de suas técnicas de caráter multidisciplinar a ortotanásia beneficia o paciente em fim de vida e a sua família na elaboração do luto antecipatório⁶ e no pós-óbito, contemplando a prevenção e a posvenção⁷. Apesar disso, considerá-la como hipótese única de morte digna é um contrassenso em face dos vértices constitucionais da dignidade da pessoa humana, um fundamento da república e do biodireito, e da pluralidade razoável.

O que também imprime um teor paternalista na medida em que estabelece um padrão intransponível de bem-estar para os pacientes em fim de vida, quando esse conceito não é objetivo, pois uma terapia supostamente benéfica a um paciente não está dissociada da sua criticidade (STANCIOLI, 2020).

REFERÊNCIAS

AMORIM, B. A. L. Vulnerabilidade médica no ambiente hospitalar. In: SÁ; NAVES e SOUZA. **Direito e Medicina: autonomia e vulnerabilidade em ambiente hospitalar**. Indaiatuba, SP: Foco, 2018.

BOTTONI, A.; ZAHER-RUTHERFORD, V. L. **Reflexão Bioética sobre uso de nutrição e hidratação artificial em pacientes terminais**. Revista Brasileira de Bioética, [S. l.], v. 15, p. 1–25, 2019. Disponível em: <https://www.periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/26871>. Acesso em: 29 dez. 2021.

BARROSO, L. R.; MARTEL, L. C. V. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no fim de vida**. Revista da EMERJ, v. 13, nº 50, 2010. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista50/Revista50_19.pdf. Acesso em: 04 de jan. de 2022.

BRAZZALE, F. B. **A pessoa com deficiência e a ruptura no regime das incapacidades**. Belo Horizonte: Arraes, 2018.

⁶ O luto antecipatório é um processo de prevenção das dificuldades que comumente ocorrem no luto pós-morte (FRANCO, 2010). No entanto, há pacientes e profissionais que não defendem um diálogo aberto sobre a morte.

⁷ A posvenção foi estabelecida por Shneidman (1993) e fala de uma metodologia dos cuidados a contar com o intuito de tratar os impactos da morte em familiares e pessoas próximas. (apud KOVÁČEK, 2021).

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil Brasileiro**. Diário Oficial da União. Brasília, 11 de jan. de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 21 de jan. de 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, Brasília, 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 de jan. de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasília). 27 de setembro de 2018. **Resolução nº 2.217**, Brasília: Diário Oficial da União, 1 nov. 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 02 de jan. de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasília). 09 de novembro de 2006. **Resolução nº 1.805**, Brasília: Diário Oficial da União, 28 nov. 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 02 de jan. de 2022.

DADALTO, L. **Testamento Vital**. 5. ed. São Paulo: Editora Foco, 2020.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte: quebrando paradigmas**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2021.

MONTEIRO, M. C. **A morte e o morrer em UTI: família e equipe médica em cena**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2017.

NUCCI, C. L.; MAHUAD, E. **Morte Digna? Direito à vida e autonomia privada**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

PESSINI, L. **Eutanásia: por que abreviar a vida?** São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, L. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** 2. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

STANCIOLI, B. **Relação jurídica médico-paciente**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2020.

SANTOS, L. F. **A Morte Assistida e outras questões de fim de vida**. 1. ed. São Paulo: Almedina, 2015.

SÁ, M. F. F.; NAVES, B. T. O. **Bioética e Biodireito**. 4. ed. Belo Horizonte: DelRey, 2018.