

O fim da vida: uma questão de autonomia

José Antonio Cordero da Silva¹

THE END OF LIFE: A QUESTION OF AUTONOMY

ABSTRACT

Technological development of biomedical science is not always accompanied by a humanistic and ethical discussion, particularly in decision-making process to respect the autonomy of the citizen, as measures of aging in cases of chronic patients with incurable diseases. The aim of this study was to discuss some aspects related to terminal life, concepts, medical opinions, patient's rights and the Brazilian legislation regarding this issue.

This study establishes the conceptual relationship between the birth and death as a process of evolution of man, describing the concepts of euthanasia, orthothanasia and disthanasia. It analyzes the respect in the end of life of personalities that marked their time, the respect of the decision of terminal patients, the view of doctors and the legislative process in Brazil.

Respect the wishes of terminal patients related to the process of orthothanasia not characterizes crime. Establish a discussion about the end of life, bring about enlightenment and obtain the consent is an ethical attitude in defense of human dignity.

Key-words: Autonomy, consent, ethics, law, life, right to die, terminality.

RESUMO

O desenvolvimento tecnológico da ciência biomédica, nem sempre é acompanhado por uma discussão humanística e ética, em especial no processo decisório de respeitar a autonomia do cidadão, quanto às medidas de prolongamento da vida, em casos de pacientes crônicos com doenças incuráveis. O objetivo deste estudo foi discutir alguns aspetos relacionados com a terminalidade da vida, conceitos, posicionamento médico, direitos do paciente e legislação brasileira a respeito deste tema.

Este estudo estabelece a relação conceitual entre o nascer e o morrer como processo evolutivo do homem, descreve os conceitos de eutanásia, ortotanásia e distanásia. Analisa o respeito no processo de fim da vida de personalidades que marcaram seu tempo, o respeito pela decisão dos pacientes terminais, a visão dos médicos e as propostas de novas leis sobre o tema no Brasil.

Respeitar a vontade do paciente terminal com relação ao processo de ortotanásia, com a preocupação de não caracterizar crime. Estabelecer a discussão sobre o fim da vida, realizar o esclarecimento, obter o consentimento livre e informado como atitude ética em defesa da dignidade humana.

Palavras-chaves: Autonomia, consentimento, direito de morrer, ética, legislação, terminalidade, vida.

Nascer e Crescer 2014 23(2): 100-105

¹ Professor de Medicina, Doutor em Bioética, Universidade do Estado do Pará –Brasil. CEP 66060-230. corderobel4@gmail.com

O DESAFIO

Abordar de maneira clara, ampla e concreta temas relacionados ao início e fim da vida, é um grande desafio para toda a sociedade, pois conceitos científicos, religiosos, humanísticos, sociais, jurídicos, bioéticos e morais estão sempre presentes⁽¹⁾.

É importante entender o debate das correntes que utilizam o princípio do paternalismo médico: paternalismo autorizado (com consentimento explícito ou implícito da pessoa) e paternalismo não-autorizado (sem consentimento algum), este último muitas das vezes aplicado, mas não revelado, pois não respeita os valores humanos do consentimento livre e esclarecido como forma de atender às necessidades da sociedade. Em contraponto, coloca-se o princípio bioético da autonomia como uma base sólida de valor humano e moral, na atenção prestada à pessoa humana no final da vida⁽²⁾.

Na prática médica efetiva, isto ocorre quando é preciso optar entre o paternalismo médico e a autonomia da pessoa, e ter que decidir até onde devemos manter as condutas médicas em pacientes portadores de doenças crônicas e incuráveis⁽³⁾.

Desafios como esses fazem parte do cotidiano daqueles que têm a bioética como ciência dinâmica, atual e complexa. Urge sair dos muros das academias e dos letrados, para ser vivenciada na prática diária da sociedade moderna, em todos os níveis da educação desde o início do processo ensino-aprendizagem, na mais tenra idade, à procura da construção da cidadania, baseada no respeito à autonomia individual e à dignidade humana⁽⁴⁾.

Tende-se a rediscutir o papel excessivamente intervencionista, para outra formatação nas relações interpessoais e da responsabilidade profissional, onde é fundamental o consentimento livre e esclarecido e devidamente comunicado na linguagem daquele que receberá a informação, para que se estabeleça o juízo de valor para possibilitar a decisão do que é melhor para cada caso concreto⁽⁵⁾.

O objetivo deste estudo foi discutir alguns aspectos relacionados com a terminalidade da vida, conceitos, posicionamento médico, direitos do paciente e legislação brasileira a respeito deste tema.

O NASCER E O MORRER

Em grande parte das sociedades modernas, o nascer se constitui no momento festejado, lúdico, cercado de cuidados e atenções. Porém, as questões ligadas ao fim da vida são intensamente vistas de maneira antagônica, com sentimentos essencialmente ligados à perda, à impotência, à derrota, ao fracasso, em especial na visão da formação médica, extremamente tecnológica. A medicina incorporou com muita rapidez um impressionante avanço técnico-científico, o avanço da pesquisa biomédica e novos processos de aferir e controlar os sinais vitais e mudanças do processo de homeostase; o estado da arte forneceu aos médicos a possibilidade de adiar o processo da morte.

Necessita-se de urgente reflexão humanística, em especial na formação acadêmica dos novos profissionais da área da saúde. Há instrução e treino com obsessão para o uso de tecnologia de ponta, da complexa biotecnologia, do emprego de fárma-

cos e equipamentos de última geração⁽⁶⁾. A tendência atual é de internar e cuidar de elevado número de pacientes portadores de doenças crônicas incuráveis com intercorrências clínicas diversas, nas quais se utilizam os mesmos cuidados e a tecnologia avançada aplicada aos pacientes agudos.

Por diversas vezes, a preocupação pessoal é colocada de forma tênue e velada. Até quando avançar e em que momento parar com os procedimentos de suporte vital? Várias são as perguntas que não cessam no pensamento humano. Não se deve negar o avanço científico, mas como conviver com a morte, em casos de doenças onde o processo do fim da vida é facto concreto e irremediável. Quantos aprendem sobre os conceitos éticos da vida e da morte⁽⁷⁾? Por que a incansável busca da vida eterna, se ela é finita e bela enquanto durar? Como educar, ensinar, e transformar o processo do morrer com dignidade em algo cheio de amor e respeito ao próximo e à dignidade humana⁽⁸⁾?

“A atitude atual dos homens diante da dor do sofrimento e morte é buscar negá-los como fim do inexorável percurso da vida humana, prolongando esta a não mais poder, através de todos os dispositivos disponíveis nos hospitais, afastando a morte do convívio social, reforçando-lhe sempre o seu caráter de presença incômoda e mítica, e como tal, devendo ser ocultada e distanciada”⁽⁹⁾.

Nos tempos atuais, a morte esconde-se nos hospitais, nas UTI. Dados da Secretaria de Saúde da Prefeitura de São Paulo mostram que nos últimos cinco anos, 85% dos óbitos ocorreram em ambiente hospitalar. Tais mortes são controladas por guardiões, nem sempre esclarecidos da sua penosa e socialmente determinada missão⁽¹⁰⁾. Vive-se a angústia de presenciar o sofrimento de pessoas em seu final de vida porque fizemos crescer, de maneira exagerada, a tecnologia e diminuímos desproporcionalmente a reflexão sobre o verdadeiro sentido da vida. Refletir não significa desprezar a tecnologia e sim, colocá-la em seu devido lugar^(9,11).

EUTANÁSIA, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA

Eutanásia, do grego, quer dizer “boa morte” ou morte adequada. Francis Bacon, em 1623, em sua obra *“Historia vitae et mortis”*, definia o termo como “Tratamento adequado às doenças incuráveis”⁽¹²⁾. É uma prática que acompanha a humanidade há milhares de anos, porém, não é possível saber a data exata em que surgiu.

Existem dois elementos para caracterização da eutanásia: a intenção e o efeito da ação⁽¹²⁾. Existem pelo menos quatro tipos de eutanásia, divididos em duas categorias: a voluntária e a involuntária, e a passiva e a ativa. Na eutanásia ativa, também chamada de positiva ou direta, o paciente recebe uma injeção ou uma dose letal de medicamentos. Na passiva, conhecida ainda como negativa ou indireta, o que conta é a omissão: o paciente deixa de receber algo de que precisa para sobreviver. A diferença entre eutanásia voluntária e involuntária está na participação do paciente. Na primeira, ele coopera tomando parte da decisão, enquanto que na segunda, a ação é praticada sem o seu aval ou mesmo sem o seu conhecimento. Outra classifi-

cação, que cruza fins e voluntariedade, divide a eutanásia em libertadora (aquela que abrevia a dor de um doente incurável), piedosa (aplicada a pacientes terminais e em estado inconsciente) e eugênica (do tipo que os nazistas praticavam para eliminar indivíduos “apsíquicos e sociais”)⁽¹³⁾.

Atualmente o termo ampliou o seu significado e passou a ter diferentes interpretações, causando grande desconfiança no seio da sociedade, com enormes distorções, inclusive em determinados ambientes de discussão religiosa, académica e social. Com isto foram criados ao longo do tempo novos conceitos para entendimento dos processos de morte dentre eles⁽⁶⁾:

Distanásia – morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento. O termo também vem sendo empregado como sinónimo de tratamento fútil e inútil. Investe-se não nas atitudes de prolongar a vida e sim em manter-se um processo de morte através da “obstinação terapêutica”, prolongamento da agonia ou adiamento da morte;

Ortotanásia – do prefixo grego “orto”, que significa “correto”, ortotanásia tem sentido de morte ao seu tempo, sem tratamentos fúteis desproporcionais. É a conduta correta frente ao paciente terminal, é atitude correta frente à morte, procurando respeitar a dignidade do processo do fim da vida.

A sociedade precisa ter conhecimento de diferentes opiniões para que possa estabelecer valores sobre o assunto, dentro do princípio da autonomia, e só deve haver manifestação após o conhecimento adequado sobre o assunto para possibilitar o consentimento livre e esclarecido.

Desde 1957 já havia referência nos discursos do Papa Pio XII à licitude da recusa a tratamentos extraordinários: “A razão natural e a moral cristã fundamentam, ambas, o direito e o dever de, em caso de doença grave, procurar o tratamento para conservar a saúde e a vida. Normalmente alguém está obrigado a empregar apenas os meios ordinários – conforme as circunstâncias de pessoas, tempos e cultura – isto é, meios que não impliquem ónus extraordinário para si ou para outrem. Obrigação mais severa seria por demais onerosa para a maioria das pessoas e tornaria muito difícil a consecução do bem superior, mais importante.”^(14,15). O mundo acompanhou a evolução do processo de doença do Papa João Paulo II. O legado deste homem jamais ficará esquecido, pois ao publicar a Encíclica *Evangelium vitae* (1995), após ter afirmado a clara posição contrária à eutanásia, afirma⁽¹⁶⁾: “Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado ‘excesso terapêutico’, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionais aos resultados que se poderiam esperar, ou ainda porque demasiado pesadas para ele e para sua família. Nessas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se, em consciência, renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida sem, contudo, interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes. É um facto que leva toda a sociedade a refletir sobre o direito do homem em escolher, e ser respeitado, na sua escolha de não sofrer com a morte, utilizando-se tratamentos fúteis e obstinação terapêutica”.

MÉDICOS E A TERMINALIDADE DA VIDA

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (homólogo da Ordem dos Médicos em Portugal) vem promovendo ampla discussão sobre ética e o fim da vida. Abertas à sociedade e à comunidade médica, foram promovidas consultas públicas sobre este enorme desafio e obtiveram-se algumas opiniões de extrema valia como⁽¹⁷⁾:

“Acho maravilhoso poder optar pelo cancelamento do sofrimento. Tenho câncer de mama e estou em tratamento, mas de forma alguma quero que minha vida seja prorrogada por meio de fios e equipamentos”.

“Chega de tratar quem é terminal apenas como algo que se mantém vivo artificialmente (...), servindo apenas à necessidade dos parentes e da sociedade de não assumirem a morte como coisa natural e inescapável”.

São abordadas questões como tecnologia e sofrimento, aspetos religiosos, o financiamento do processo de morrer e os custos para o sistema de saúde, aspetos jurídicos, a evolução da discussão bioética, dentre outros. Porém, a grande contribuição para a sociedade foi ampliar o debate sobre o processo de morrer com dignidade e o respeito pelo princípio bioético da autonomia, que culminou com a aprovação e publicação da resolução CFM nº 1.805/2006, que coloca como base o processo do respeito pela vontade do paciente e o consentimento livre e esclarecido⁽¹⁷⁾.

“Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”.

“Parágrafo primeiro: O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação”.

A resolução deixa claro que não há obrigação do médico em prolongar a vida do paciente a qualquer custo, e que cabe a este ou a seu representante legal decidir a respeito da continuação do tratamento, contando com todas as informações disponíveis sobre as alternativas terapêuticas. Dessa forma, consegue-se preservar a autonomia individual e a dignidade do paciente, que receberá os cuidados necessários ao alívio de seu sofrimento. É dada, inclusive, a opção de solicitar alta do hospital, podendo morrer de maneira mais humana e digna, ao lado da sua família⁽⁶⁾.

Esta resolução foi suspensa por decisão liminar do juiz federal Roberto Demo, movida pelo Ministério Público Federal. É importante frisar que o referido juiz, ao emitir a sua decisão, procurou contextualizar o debate polémico e os anseios da sociedade atual, e relatou: “Na verdade, trata-se de questão imensamente debatida no mundo inteiro. Lembre-se, por exemplo, da repercussão do filme espanhol “Mar Adentro” e do filme americano “Menina de Ouro”. E o debate não vem de hoje, nem se limita a alguns campos do conhecimento humano, como o Direito ou a Medicina, pois sobre tal questão há inclusive manifestação da Igreja, conforme a “Declaração sobre a Eutanásia” da Sagrada

Congregação para a Doutrina da Fé, de 1980, no sentido de que “na iminência de uma morte inevitável”, apesar dos meios usados, é lícito em consciência tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem, contudo, interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes. “Por isso, o médico não tem motivos para se angustiar, como se não tivesse prestado assistência a uma pessoa em perigo”. Mas apesar de todos os argumentos aludidos e por acreditar haver conflitos com o atual código penal brasileiro, “Dizer se existe ou não conflito entre a resolução e o Código Penal é questão a ser enfrentada na sentença”⁽¹⁷⁾. Sua Excelência deu provimento e deferiu a “Antecipação de Tutela”, suspendendo a resolução.

Entretanto, em alguns Estados do país, como São Paulo, citado anteriormente, há legislação que trata sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde permitindo o direito de escolha sobre tais situações. Como se vê, ela possui os mesmos princípios que regem a resolução do CFM, princípio da autonomia e o direito de escolha, da informação e do consentimento. Tais decisões só vêm corroborar a necessidade de manter um amplo debate com a sociedade livre.⁽¹⁵⁾

TERMINALIDADE DA VIDA E O PROCESSO LEGISLATIVO NO BRASIL

O continente europeu foi o que mais avançou na discussão; a eutanásia é hoje considerada prática legal na Holanda e na Bélgica. No Luxemburgo está em vias de legalização. Holanda e Bélgica agiram em cadeia: a primeira legalizou a eutanásia em abril de 2002 e a segunda em setembro do mesmo ano. Na Suécia, é autorizada a assistência médica ao suicídio. Na Suíça, país que tolera a eutanásia, um médico pode administrar uma dose letal de um medicamento a um paciente terminal que queira morrer, mas é ele próprio quem deve administrá-la. Já na Alemanha e na Áustria, a eutanásia passiva (o ato de desligar os aparelhos que mantêm alguém vivo, por exemplo) não é ilegal, contanto que tenha o consentimento do paciente. A Europa é o continente mais posicionado em relação à eutanásia, mas é provável que o Uruguai tenha sido o primeiro país a legislar sobre o assunto. O Código Penal uruguaio, que remete à década de 1930, livra de penalização todo aquele que praticar “homicídio piedoso”, desde que conte com “antecedentes honráveis” e que pratique a ação por piedade e mediante “reiteradas súplicas” da vítima.

O Brasil chegou a ter uma iniciativa parlamentar a favor da eutanásia. Foi o PROJETO DE LEI 125/96, que pretendia liberalizar a prática em algumas situações. Submetida à avaliação das comissões parlamentares em 1996, a proposta não vingou. Em 2005, foi apresentada uma proposta de lei que proibiria claramente a prática no país, definindo-a, assim como ao aborto, como crime hediondo. Este projeto, de nº 5058, encontra-se arquivado.

“Esta lei equipara a eutanásia ao crime de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio e considera sua prática crime hediondo”. Em ambos os casos os legisladores justificam as suas proposições da seguinte forma: por atentarem gravemente con-

tra a inviolabilidade do direito à vida, tais crimes monstruosos e hediondos estão, por sua vez, a merecer um tratamento penal mais severo a fim de se sancionar de modo mais adequado os infratores e desestimular a sua prática, isto no primeiro projeto citado e “Ao garantir os direitos individuais fundamentais e invioláveis a todas as pessoas, a Constituição Federal cita, em primeiro lugar, o direito à vida, e com toda a lógica, posto que sem esse direito, que é de todos o primeiro, nenhum sentido teria os demais. É dever do Estado, portanto, garantir a todos, antes de tudo, o direito à vida, obrigação que se impõe mais ainda quando os sujeitos do direito são indefesos, sem condições próprias para reagirem. Os doentes e os idosos devem ser merecedores de proteção especial, dada a sua condição de fragilidade. No entanto, há quem defenda a prática da eutanásia com relação a estas pessoas desprotegidas. Além de não possuírem condições de defesa, encontram-se psicologicamente fragilizadas pela debilidade física ou pela doença. Assim, é possível a adoção da eutanásia nessas pessoas que, levadas pelo sofrimento, perdem o instinto inato de preservação e sobrevivência, ficando vulneráveis física e psicologicamente, em face do seu estado de debilidade física e mental”.

Outro projeto de relevância que trata do tema na Câmara Federal e que introduz no legislativo brasileiro uma discussão baseada em princípios humanísticos e bioéticos, utilizando todo o acervo da discussão estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina, é o PROJETO DE LEI Nº 3002/2008, que propõe a regulamentação da prática da Ortotanásia no território brasileiro⁽¹⁸⁾.

Em relação à Ortotanásia, esta não pode ser confundida com a eutanásia: “Ortotanásia: suspensão de tratamentos extraordinários, que têm por objetivo unicamente a manutenção artificial da vida de paciente terminal, com enfermidade grave e incurável”. Toda a justificativa do projeto é baseada nos estudos realizados pela comunidade científica que trata do assunto de modo racional e humanístico.

Todo o relacionamento entre o médico e o paciente deve respeitar a autonomia do mesmo de forma clara e transparente. Portanto, deve ser estabelecido que: “A solicitação deve ser feita em formulário próprio, datado e assinado pelo paciente ou seu representante legal na presença de duas testemunhas. O médico tem o dever de: verificar a existência de doença terminal; assegurar que o paciente ou seu representante legal tome uma decisão plenamente informada”. O projeto apresenta como fundamento principal a desistência: “aconselhar o paciente ou seu representante legal sobre a importância de sempre considerar a possibilidade de desistência da solicitação, a qualquer tempo, de qualquer maneira, sem necessidade de justificação”⁽¹⁸⁾.

Dizem os legisladores na proposta da lei: “Torna-se imprescindível, portanto, estabelecer limites razoáveis para a intervenção humana no processo do morrer. O prolongamento indefinido da vida, ainda que possível, nem sempre será desejável. É factível manter as funções vitais em funcionamento mesmo em casos de precariedade extrema; por vezes, inclusive, no estado vegetativo. Todavia, em muitos casos, esse sofrimento e essa

agonia são desumanos e atentam contra a própria natureza do ciclo da vida e da morte”.

Atualmente no Senado Federal, o tema ganha relevância quando avançam as discussões em torno do PROJETO DE LEI nº 116/2.000, que exclui de ilicitude a ortotanásia (altera o Código Penal). Um dos objetivos da proposição, que altera o Código Penal, é legalizar o que já ocorre na prática, evitando implicações jurídicas aos profissionais de saúde.

De acordo com o relatório final do projeto “Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se for previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente, ou em sua impossibilidade, de cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão”⁽¹⁹⁾

AUTONOMIA, TESTAMENTO VITAL

A autonomia é uma categoria de liberdade, mas nem toda a liberdade pode ser considerada autonomia⁽⁵⁾. O conceito de autonomia está, necessária e obrigatoriamente, ligado ao exercício daquilo que Aristóteles chamou de atributo específico do homem - a *racionalidade*.

Os testamentos vitais são vistos como presunção de morte e com temor por grande parte da sociedade, mas sem ver o momento em que a doença terminal é um facto concreto. São instrumentos éticos e legais onde se registram as vontades antecipadas à manifestação futura, indicando de maneira positiva ou negativa a utilização da obstinação terapêutica e/ou tratamentos considerados fúteis que só aumentam o sofrimento e negam o direito à morte digna. É preciso ter uma nova consciência para firmar o debate quanto ao direito de morrer. É fundamental ver que a vida de relação humana vem sofrendo intensa transformação. Pergunta-se: Que tipo de qualidade de vida se quer ter ao final da vida? Em especial, quando acometidos de doença terminal e incurável^(7,19).

O testamento vital pode ser expresso de várias formas: “escritura pública em cartório; declaração escrita em documento particular, de preferência com firma reconhecida; declaração feita ao médico assistente, registrada no prontuário, com assinatura do paciente”. Deve-se manter em pauta este processo de vida e morte, tendo toda sociedade a chance do debate, fazer crescer o sentimento de que cada um possa ter a vontade respeitada quanto a sua própria morte, levando em conta todos os fatores éticos, bioéticos, legais e morais que este tema envolvente possa criar em nosso meio⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

No Brasil, ainda há muito a fazer em relação à terminalidade da vida. Devem ser incentivados debates, com a sociedade e com os profissionais da área da saúde, sobre a finitude do ser humano. É importante que se ensine aos estudantes e aos médicos as limitações dos sistemas prognósticos; como utilizá-los; o respeito pelas preferências individuais e pelas diferenças culturais e religiosas dos enfermos e seus familiares e o estímulo à participação dos familiares nas decisões sobre a terminalidade da vida. Torna-se vital que o médico reconheça a importância da necessidade da mudança do enfoque terapêutico diante de um enfermo portador de doença em fase terminal, para o qual a Organização Mundial da Saúde preconiza que sejam adotados os cuidados paliativos, ou seja, uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida⁽²¹⁾.

O fundamental é respeitar a pessoa humana e estabelecer intenso processo de discussão. Agindo desta forma, poderemos vislumbrar o crescimento de uma sociedade mais justa e igualitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida M. Considerações de ordem ética sobre o início e o fim da vida [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1988.
2. Neves, MCP. A fundamentação antropológica da Bioética. *Bioética* 1996;4:7-16.
3. Segre M, Silva LS, Schram F. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. *Bioética* 1998;6:1.
4. Nunes R. Ética e o Direito no início da vida humana. Coimbra: Editora LDR; 2001:57-64.
5. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Edições Loyola; 2002:161-5.
6. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2001:47-53.
7. Conselho Federal de Medicina-Brasília. Simpósio: Pacientes Terminais. *Bioética* 1993;1,2. Disponível em: www.portalmedico.org.br. (Acedido em: 31 de março de 2014).
8. Alves R. O médico. 6ª ed. Campinas: Editora Papyrus; 2002:14-6,76-82.
9. Pitta A. Hospital dor e morte como ofício. 4ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1999:26-32.
10. Doente Terminal. *Cadernos de Bioética do CREMESP* 1,1. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br>. (Acedido em: 04 de março de 2013).
11. Distânasia: até quando investir sem agredir. *Bioética* 1996;4:31-43.
12. Goldim JR. Eutanásia, 2004. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasia.htm>. (Acedido em: 15 de janeiro de 2014).
13. A Ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro. *Bioética* 2008;16:61-83.
14. Ribeiro DC. Autonomy: to live one's own life and to die one's own death. *Cad Saúde Pública* 2006;22:1749-54.
15. São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo 109, 51, 18 março 1999. Disponível em: www.cremesp.org.br (Acedido em: 31 de março de 2014).
16. Manifestação Oficial-D. Odílio Pedro Scherer, Bispo Auxiliar de São Paulo Secretário-Geral da CNBB. Disponível em: <http://www.pime.org.br/noticias2006/noticiasbrasil372.htm>. (Acedido em: 15 de dezembro de 2013).
17. Legislação, Conselho Federal de Medicina. 2008. Disponível em: <http://www.cfm.org.br>. (Acedido em: 15 de dezembro de 2013).
18. Conselho Regional de Medicina do Paraná. 2008. Disponível em: http://www.crmpr.org.br/ver_noticias.php?id=1964. (Acedido em: 15 de dezembro de 2013).
19. Conselho Federal de Medicina. Simpósio: Eutanásia. *Bioética* 7, 1993.
20. Nunes R, Melo H. Parecer N.º/05/ APB/06, Sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. Associação Portuguesa de Bioética. Disponível em: <http://www.apbioetica.org>. (Acedido em: 15 de janeiro de 2014).
21. Conselho Federal de Medicina. Resolução N.º 1805/2006. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.htm. (Acedido em: 03 de maio de 2014).

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

José Antonio Cordero da Silva
Médico, Professor de Medicina
Universidade do Estado do Pará – Brasil
Doutor em Bioética
Av. Governador José Malcher 1343 aptº 1300
Nazaré, Belém do Para, Brasil . CEP 66060-230
E-mail: corderobel4@gmail.com

Recebido a 02.06.2014 | Aceite a 06.06.2014