



## A Distanásia e os Limites da Intervenção Médica

Andressa de Oliveira Santos<sup>1</sup>  
Carine Silva Diniz<sup>2</sup>

Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix

### Resumo

O presente trabalho traz a reflexão sobre a distanásia, bem como uma análise da sua legitimidade pelo ordenamento jurídico brasileiro. Procura-se apresentar um levantamento sobre as suas origens históricas e seus tratamentos legislativos, analisando-se a questão da autonomia do paciente. Discute-se sobre outras modalidades ligadas à distanásia, como a eutanásia, a mistanásia e a ortotanásia, conceituando-as e as interligando ao importante papel do médico e do paciente na tomada de decisões. Destacam-se os princípios do Biodireito e da Bioética, para, finalmente, apresentar algumas questões inerentes à responsabilidade sobre o tratamento do paciente em estágio terminal, com os objetivos da medicina e os limites da atuação médica.

**Palavras-chave:** Distanásia; Biodireito e Bioética; Limites da Atuação Médica; Testamento Vital.

### Introdução

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 elenca prerrogativas inerentes ao direito à vida, sendo certo que cabe a cada um desfrutá-la da maneira

---

<sup>1</sup> Graduada em Direito, andressaollivers@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestra em Direito Privado pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Especialista em Direito das Famílias e Sucessões. Professora Universitária do Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix. Coordenadora no Núcleo de Prática Jurídica Izabela Hendrix. Advogada em Direito das Famílias e Sucessões.



que bem entender. Todavia, existe determinado limite, visto que o indivíduo vive em comunidade e, para tanto, deve se adequar às regras sociais.

Dentre estes limites, vale destacar o conceito de distanásia, empregado em meados do século XX, após inúmeros avanços da medicina que tornaram o processo “morte” mais longo e doloroso.

Todavia, sabe-se que o ser humano sofre com vicissitudes físicas e psíquicas no corpo e na mente, tais como enfermidades, dor, degeneração, tristeza, angústia, melancolia, desamparo e outros fatores que afetam diretamente nos procedimentos terapêuticos a serem adotados.

Nesse contexto, surge o temor pela terminalidade da vida que encontra espaço em diversas discussões no meio tecnológico, religioso, médico, moral, ético, sociológico, filosófico, antropológico e jurídico, face às novas tecnologias.

De modo paradoxal, existe um debate crítico sobre a possibilidade de se abreviar a vida, com conceitos que vão desde a eutanásia até o suicídio clinicamente assistido, deixando claro que para existir o direito à morte deve existir também o direito ao prolongamento da vida, independente das suas consequências.

O presente trabalho traz uma análise crítica sobre a distanásia e as demais possibilidades de terminalidade da vida humana (eutanásia, mistanásia e ortotanásia), bem como os limites da atuação médica frente à legislação brasileira vigente, considerando os princípios do Biodireito, Bioética e da CR/88.

Para tanto, houve a necessidade de explanar sobre as origens históricas e tratamentos legislativos, a procedência do termo distanásia e os fatores que direcionam o debate, destacando a autonomia do paciente como fator indispensável na tomada de decisões e introduzida pelo testamento vital.

Finalmente, a título conclusivo, pontua-se a responsabilidade sobre tratamento de pacientes com doenças terminais, inserindo os principais objetivos da medicina e quais os limites da atuação médica frente a estas questões.

Posto isto, verifica-se que apesar de ser possível o prolongamento da vida, como será visto no decorrer deste trabalho, necessário refletir sobre até que ponto a dignidade do paciente é preservada e como diagnosticar se os severos tratamentos asseguram a qualidade de vida de um paciente que se encontra em estágio terminal, sem qualquer possibilidade cura.



Estas questões são introduzidas e desenvolvidas neste trabalho, destacando quais os são os limites impostos a um paciente na terminalidade, sem que, para tanto, se perca a noção de que este é um sujeito de direitos e prerrogativas destinadas à proteção de sua autonomia.

## Metodologia

A metodologia utilizada neste trabalho é a pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica (livros, legislações, jurisprudências, artigos e periódicos) é utilizada corriqueiramente na busca de respostas quanto às questões levantadas sobre o tema em comento.

Pesquisadores como Sá (2012), Diniz (2006), Pessini (2001), Santos (2001), entre outros, têm apresentado trabalhos bastante significativos nessa área, que versam desde o conceito de distanásia até a compreensão da posição do paciente em relação ao seu estado terminal e quais os limites da atuação médica:

[...] Indubitavelmente, o médico precisa ser cauteloso, deve considerar o respeito ao paciente e à sua família, visto que existem situações em que, devido ao quadro clínico avançado, não há razão para causar mais desconforto ao paciente, o que implica o conhecimento dos familiares acerca do problema. (SÁ, 2012, p. 79).

A escolha desse tipo de abordagem surge do interesse de, a partir de referências e pesquisas relativas ao caso, compreender às consequências quanto a utilização de um tratamento doloroso sem qualquer expectativa de cura, fazendo com que ocorra o sofrimento do paciente, questionando-se, assim:

“Até onde a medicina deve intervir no alívio do sofrimento? Essa questão começa a ser inquietante hoje e será ainda mais no futuro, à medida que a medicina tiver de trabalhar os seus deveres, bem como os limites de tais deveres para com os que sofrem. O sofrimento, particularmente quando ligado à condição de uma determinada doença terminal ou crônica, suscita nos pacientes questões sobre o sentido da vida, o bem e o mal, a trajetória pessoal e o destino – questões de cunho espiritual ou filosófico, que por sua natureza não são médicas. Por que estou doente? Por que devo morrer? Qual o sentido de meu sofrimento? Não é tarefa da medicina oferecer respostas e tais interrogações existenciais, pois elas não são de seu domínio. Nesse sentido, a medicina é forçada a reconhecer seus próprios limites e a perceber que nem toda a vida pode ser por ela controlada. A consciência desse limite é um fator facilitador do



estabelecimento de pontes de diálogo com outras áreas de saber, principalmente com as ciências humanas (PESSINI, 2005, p. 134)”.

Nesse contexto, no final do século XVI e início do século XVII, Francis Bacon, considerado o “pai da ciência moderna”, na obra intitulada como “*De augmentis scientiarum*”, divide a medicina em três grandes ofícios: a preservação da saúde, a cura das doenças e o prolongamento da vida.

Contudo, segundo Leo Pessini, sua obra recebe algumas críticas, visto que ele protesta que os médicos não reconheceram o significado deste novo ramo da ciência médica (PESSINI, 2001, p. 141).

Embora já exista um corpo crescente de literatura sobre o uso do conceito de futilidade para esclarecer os limites da intervenção médica, o conceito em si mesmo, e o debate em torno dele carecem ainda de uma análise crítica conceitual, e continua:

“A literatura que argumenta a favor dos apelos de tratamento fútil é motivada pela convicção de que concordar com as exigências do paciente por um tratamento “fútil” perverterá os objetivos tradicionais da medicina – de maximizar o benefício ao paciente, minimizar o que é oneroso ou tem risco de dano, prevenir ou curar a doença, aliviar o sofrimento e restaurar as funções - e comprometerá o respeito pela autonomia e pela integridade profissional, ou seja, a habilidade e o direito de um profissional controlar o uso de seu conhecimento e competências”. (PESSINI, 2001, P. 145)

Portanto, quando surge a impossibilidade de cura, a medicina deve observar às medidas que visem conforto ao paciente, deixando o livre de qualquer sofrimento, tornando, ainda, possível a utilização de tratamento e cuidados paliativos apropriados para cada caso.

## **Resultados**

Os resultados obtidos demonstram que o paciente terminal pode ser reconhecido como aquele que possui expectativa para o fim da vida em uma média de 3 a 6 meses, independente das ações médicas que são colocadas em prática.



Segundo o Dr. José Carlos Versiani Dias, cerca de 40% (quarenta por cento) dos pacientes que se encontram internados em estágio terminal não há previsão de cura, tornando ainda mais ineficaz qualquer tipo de tratamento a ser utilizado.

Pinotti afirma que ocorre quando os pacientes realmente necessitam de amparo com as internações e tratamentos adequados e, muitas vezes, não são amparados efetivamente, ao recorrerem à área pública que, salvo raras exceções, está abandonada, com filas enormes para consultas, cirurgias ou mesmo internações (PINOTTI, 2009, p. 12).

Outro problema de extrema significância que prejudica de maneira substancial o cumprimento dos objetivos da medicina é a falta de recurso, onde a escassez se torna constante na área da saúde, tanto na tecnologia empregada, nos procedimentos experimentais, nos novos medicamentos e nos recursos humanos personalizados.

O Brasil é na atualidade o país que gasta menos de 100 dólares por ano, valor este muito inferior a países como Canadá que gasta cerca de 3.000 dólares por ano com investimentos na saúde pública.

Nosso sistema de saúde é dual, visto que, para encaminhar o processo de forma ética e racional, é preciso saber o que desejamos: ou uma saúde colocada no mercado, onde aquele que tem recursos compra qualidade e abrangência de ações, ou uma saúde como direito universal (PINOTTI, 2009, p. 15).

Esse sistema deve estar pautado, primordialmente, para essa classe social, representando 70% da população é usuária do SUS, que é excluída dos recursos existentes. Tais recursos, se bem aplicados, juntamente com as novas fontes de investimento e financiamento, serão suficientes para retomarmos a implantação do SUS, de modo a oferecer aos cidadãos uma assistência digna, universal, humana e eficiente.

A solução resume-se em implantar corretamente a descentralização com parceria e reformular as políticas de insumos, recursos humanos e equipamentos de saúde, de forma racional e moderna, inserindo-se no novo sistema onde as fraudes e outras mazelas terão correção amplamente facilitada pelo gerenciamento próximo e controle social interno e externo, advindo da mudança da estrutura, considerando que a saúde, no contexto político, carece de melhor análise e de valorização (PINOTTI, 2009, p. 9).



## Discussão

O Conselho Estadual de Medicina – CEM estabelece ser dever do médico, em caso de perigo de morte, aplicar todos os recursos disponíveis para a manutenção da vida, objetivando reverter o quadro clínico do paciente, destacando-se que a manutenção artificial de uma vida, sem expectativa de cura, vai de encontro com o princípio da dignidade da pessoa humana, ocasionando sofrimento desnecessário ao paciente e aos familiares.

O Conselho Federal de Medicina – CFM, por sua vez, aprovou recentemente a possibilidade do paciente elaborar, de modo claro e objetivo, suas orientações ao médico sobre quais os tratamentos não quer receber, quando não houver possibilidade de recuperação.

Assim, qualquer pessoa, se preenchido os requisitos legais, tais como a maior idade e gozo de capacidade, pode registrar uma “diretiva antecipada de vontade”.

A Resolução nº 1995/2012 do CFM dispõe que o profissional deve oferecer os cuidados disponíveis e apropriados para uma morte mais humana, nos casos de doenças incuráveis.

Nesse aspecto, mesmo não sendo configurada qualquer doença, o paciente pode determinar quais os tratamentos lhe serão atribuídos, tornando válido que este se assegure quando estiver impossibilidade de manifestar sua vontade.

Neste passo, cumpre destacar que a distanásia ocorre quando o paciente se encontra em doença terminal, sendo esta, segundo o dicionário Aurélio, a última fase de uma doença que evolui para a morte, sem que se possa impedi-la (AURÉLIO, 2002).

Todavia, existe a distinção entre distanásia, eutanásia, ortotanásia e mistanásia. A eutanásia pode ser entendida como boa morte, morte feliz ou morte piedosa, destituída de sofrimento. O conceito de mistanásia seria o de uma morte miserável, fora e antes do tempo devido (CARDOSO, apud MATIN, 1998, p. 174). Ortotanásia vem de *ortós*, reto, correto e *thánatos*, morte, ou seja, a morte no tempo certo. O Dicionário Aurélio a define como sendo uma morte lenta sem excesso de dor e angústia. (AURÉLIO, 2002)

Para aprofundar nas origens que mantiveram essa prática, nos EUA o apelo ao tratamento fútil, como justificativa para não utilização ou descontinuação de tratamentos, mesmo contra a vontade expressa dos pacientes, ganhou muita



popularidade na área clínica e na literatura médica norte-americana (PESSINI, 2001, p.80).

Trata-se um novo conceito na comunidade médica que interfere de forma significativa na tomada de decisões sobre o fim da vida, sendo certo que, conforme Pessini:

Enquanto o velho paradigma surgiu do choque de pacientes que queriam “dizer não” às intervenções médicas e profissionais da saúde que desejavam fazer “tudo o que fosse possível”, não obstante a resistência do paciente, o novo paradigma surge precisamente de um conflito oposto: um choque entre os pacientes que querem que “tudo o que for possível seja feito” e os profissionais da saúde que dizem “não” às intervenções médicas que eles consideram fúteis. Consequentemente, os argumentos começam com a presunção em torno dos limites de uma intervenção médica justificada e apropriada. Afirmando, com pouco ou nenhum argumento, que a única base da obrigação de tratar os pacientes, e de fato a única justificativa para o tratamento, surge do compromisso dos princípios fundamentais de não-maleficência e beneficência. A partir dessa afirmação, conclui-se que os profissionais da saúde não são obrigados a prover tratamentos contrários a esses princípios” (PESSINI, 2001, p. 82-83).

Na dificuldade em se evidenciar em que momento uma doença pode ser apontada como terminal, Maria Júlia Kovács discorre que o rótulo ‘paciente terminal’ é, muitas vezes, usado de uma forma estereotipada com pacientes que apresentam doenças com prognóstico reservado, mesmo que estejam com doenças de diagnóstico e de tratamento.

Por conseguinte, Sertã esclarece que o médico deve transmitir, em certa medida, seus conhecimentos ao doente, sem, contudo, se demitir do comando das condutas pertinentes, tornando viável a relação médico-paciente, para que ambos, em conjunto, estejam empenhados em desenvolver planos terapêuticos e prevenção dos males (SERTÃ, 2005, p. 81).

A prevenção surge no momento em que há o apoio necessário para com os cuidados anteriores ao surgimento de uma suposta doença. Trata-se do dever de cumprir os objetivos tradicionais da medicina ajudando às pessoas a viverem harmoniosamente com seu meio ambiente, do início até o fim da vida (PESSINI, 2005, p. 57).

Além disso, o mesmo autor deixa claro que:

Ao defender a promoção da saúde e a prevenção de doenças como objetivos e limites da medicina, não devemos minimizar dois





pontos: a morte somente pode ser adiada e não completamente vencida; a doença em geral não pode ser totalmente vencida, pois ela sempre acaba substituída por outras doenças na vida das pessoas. A prevenção das doenças não pode ter prioridade absoluta sobre os demais objetivos da medicina. Pela condição humana, as pessoas em geral adoecem em algum momento da vida, e nesta circunstância os outros objetivos da medicina, que não os de prevenção e promoção de saúde, serão mais importantes (PESSINI, 2005, p.57).

O autor, ainda, esclarece a importância de a sociedade em geral tratar a medicina, mais do que uma disciplina que somente trabalha com os que já estão doentes, bem como reconhecerem o sistema de saúde não só como um sistema de cuidados de doentes, deve ser entendida como um amparo preventivo capaz de prevenir (PESSINI, 2005, p.59)

Maria de Fátima, por outro lado, ressalta que a tecnologia com suas aparelhagens cada vez mais sofisticadas substituem, e muito, o contato do médico com o paciente. Para ela, o contato humano do profissional tornou-se mais distante (SÁ, 2012).

Nesse sentido, a ausência de diálogo entre as partes envolvidas pode dirimir a expectativa de voz ativa do paciente, fazendo com que o médico tome decisões produzidas, tão somente, pelas práticas vividas e em sua linha de conduta previamente adotada, tornando ineficiente a autonomia do paciente, o que, conseqüentemente, converte-se em tratamento fútil.

Na perspectiva cristã, a vida humana é um bem fundamental que necessita ser preservada. Diante de situações críticas de fim da vida, a visão ética cristã se torna essencial para uma parte da população na tomada de decisões sobre quais serão os investimentos terapêuticos necessários para o cuidado da morte iminente e inevitável. Daniel Callahan observa que existe um princípio denominado “santidade da vida”, o qual significa que a vida humana é um valor profundamente elevado e importante, mas, não absoluto, não qualificado, ou supremo (CALLAHAN, 1993, p. 230).

Nessa vereda, entende-se que a medicina não é responsável por todo e qualquer suporte relacionado à vida, existem limites em suas aspirações ante a terminalidade, ressaltando-se que quando os métodos para prolongamento da vida se tornam inseguros e sofridos, não há tratamento suficiente que amenize a dor e sofrimento.

A propósito, segundo Pessini:

[...] o erro surge em pensar na medicina como um aliado perfeito para aumentar o valor da vida. Isto está errado, porque o valor





da vida está na própria vida e não nas suas possibilidades de ser aperfeiçoada pela medicina. A medicina pode aprimorar a qualidade de vida, não o seu valor [...] (PESSINI apud CALLAHAN, 1993, p. 316).

Na tradição cristã, há um determinado limite para o uso da tecnologia médica na preservação da vida que, a partir do século XVI, se tornou um conjunto de reflexões capazes de influir na sociedade de modo a guiar pacientes em cumprir suas obrigações inerentes à conservação da vida (PESSINI, 2005, p.72).

É forçoso constar que a sociedade mudou o foco de sua crença, sendo antes protegida pelos poderes da natureza. Na atualidade, toda e qualquer responsabilidade terapêutica está destinada ao poder humano de cura, tornando mais difícil a interrupção de um tratamento por força de recursos tecnológicos da medicina.

Joaquim Antônio Cesar Mota preconiza que alguns médicos não estão preparados para reconhecer quando um procedimento é fútil, consequência da visão que têm do paciente, considerando mais como uma oportunidade terapêutica ou um desafio clínico e menos como uma pessoa plena de direitos (MOTA, 2016, p. 120).

O artigo 5º, inciso III, da CR/88 dispõe que “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante”, deixando claro que em nosso ordenamento jurídico ninguém será submetido a qualquer tratamento cruel que possa influenciar em sua integridade moral, física e psíquica. (BRASIL, 1988)

Cumpra analisar que cabe ao médico o respeito pela integridade do paciente, no que tange ao ciclo natural da vida, evitando-se qualquer mecanismo de prolongamento fútil, posto que tal procedimento somente deve ser aceito caso exista alguma possibilidade de recuperação do paciente, observando-se, ainda, o consentimento deste e de seus familiares.

Salienta-se que os princípios que norteiam a bioética são a autonomia, a beneficência e a justiça. A autonomia é o respeito às pessoas por suas opiniões e escolhas, segundo valores e crenças pessoais; a beneficência corresponde à obrigação de fazer o bem, extremando os benefícios e minimizando os riscos, unindo-se ao princípio da não maleficência (não causar mal ao outro) e por fim, o da justiça ou imparcialidade na distribuição dos riscos e dos benefícios, que consiste em preconizar tratamento equânime entre as pessoas (SERTÃ, 2005, p.115).



A vida é o maior bem jurídico já enquadrado pelo legislador, ela é a garantia de que todas as pessoas vivendo em sociedade terão ampla tutela e aqueles que atentarem contra esta serão responsabilizados por suas condutas praticadas na medida de sua culpabilidade (DOMINGOS, 2013, p. 45)

Nesse caso, segundo Santos, se houver por parte do paciente ou familiar concordância expressa para a utilização de tratamentos para o prolongamento forçado da vida, não há hipótese de responsabilização do médico caso ocorra o óbito do paciente, visto que a inexistência de chances para recuperação do paciente não significa que deve este ser obrigado a permanecer no estágio de sofrimento sem fim em face de um suposto interesse social e sua vida (SANTOS, 2009, p. 115).

Indubitavelmente, o médico precisa ser cauteloso, deve considerar o respeito ao paciente e à sua família, visto que existem situações em que, devido ao quadro clínico avançado, não há razão para causar mais desconforto ao paciente, o que implica o conhecimento dos familiares acerca do problema. (SÁ, 2012, p. 79).

Portanto, o alcance da autonomia do paciente deve ser a melhor medida a ser tomada pelo médico, restando claro que cabe a este verificar e melhor compreender a posição do paciente, quais os limites de sua atuação e, principalmente, quais os limites do paciente em si, para que não seja frequente medidas desnecessárias que, tão somente, são capazes de prolongar o sofrimento e interromper o ciclo natural humano.

### **Considerações Finais**

O presente trabalho teve por objetivo a definição do que seja a distanásia, bem como a perplexidade que se observa na sociedade moderna diante das práticas médicas atuais consequentes da constante evolução da medicina nas últimas décadas.

Tal evolução acarretou o aumento na expectativa de vida, juntamente com a possibilidade de longevidade do ser humano, com o aditamento da morte, o aumento no tempo de vida dos pacientes e a qualidade nos procedimentos adotados para este fim.

Diante de tais informações, houve um questionamento, na ótica do direito, acerca do papel da ciência médica em face da realidade contemporânea, destacando que sua verdadeira missão é prevenir doenças e possibilitar a restauração da saúde e, não somente, o prolongamento exacerbado da vida.



Por seu turno, houve pontos relativos às origens histórias e tratamentos legislativos sobre a distanásia, possibilitando o entendimento sobre a fonte de tais problemas e o reconhecimento de práticas que por si só já existiam na sociedade.

Com efeito, pontuou-se o conceito de distanásia na visão de alguns autores, levando em consideração que o tratamento fútil, induzido pelo prolongamento artificial da vida, amplia as chances de se converter o processo morte.

Surge, então, o destaque aos princípios peculiares da Bioética e do Biodireito, para melhor entendimento do tema discutido, sendo estes essenciais para o entendimento e desenvolvimento das questões aqui discutidas.

Ressaltando-se que pelo princípio da autonomia, percebe que o paciente deve ser reconhecido como um sujeito de direitos em que suas opiniões e escolhas devem ser respeitadas, mesmo quando encontrar-se em estado terminal.

O médico, por sua vez, deve reger os seus atos de acordo com o princípio da beneficência, objetivando o bem maior para o seu paciente, minimizando os riscos e mantendo a dignidade deste, sem que deixe de operar o princípio da justiça, segundo o qual o tratamento deve ser distribuído de forma equitativa para todos, sem distinção.

Além disso, destacou-se o princípio da dignidade da pessoa humana, sendo este característico do Estado democrático de direito, o qual atribui valor moral e espiritual a pessoa humana, ligando-se, ainda, os princípios da liberdade e inviolabilidade do direito à vida.

Traçou-se, ainda, a distinção entre eutanásia, mistanásia e ortotanásia, sendo de extrema importância tais considerações para um bom entendimento e reflexão sobre as demais práticas que unem a autonomia do paciente às atuações médicas.

Nesse contexto, a ética cristã interfere de forma direta na tomada de decisões sobre a terminalidade de parte dos pacientes pela defesa da inviolabilidade da vida, considerada um bem sagrado, que, por si só, deve seguir o seu ciclo natural.

Algumas reflexões sobre o tema foram feitas, sobretudo, no que tange aos objetivos da medicina, sendo de fundamental importância sua aplicação no contexto da distanásia, sem espaço para qualquer desmazelo por parte dos médicos.

Para tanto, os limites da atuação médica se tornam relevantes, destacando-se a relação médico paciente, em que se faz necessário um bom relacionamento e auxílio



de ambos sobre os tratamentos utilizados, que muitas vezes são agressivos e tornam a morte ainda mais dolorosa.

Nesse passo, restou pontuar os caminhos a serem trilhados por médicos e demais profissionais da saúde, destacando a necessidade de uma parceria constante e em conjunto com seus pacientes e acompanhantes, visto que o momento é frágil e merece todo o cuidado e atenção.

Por fim, trata-se de vidas surpreendidas por um diagnóstico de doença incurável, em estado grave, capaz de alterar toda sua estrutura e rotina. Nesses casos, por pior que seja a situação vivenciada, faz-se imprescindível que se priorize a dignidade deste paciente, visto que tal instituto é irrenunciável.

## Referências

AURELIO, **O mini dicionário da língua portuguesa**. 4a edição revista e ampliada do mini dicionário Aurélio. 7a impressão – Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. Resolução de nº 1805, 28 de novembro de 2006.

BRASIL. Código de Ética Médica, 08 de janeiro de 1988.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

CARDOSO, Juraciara Vieira. **Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia: O Tempo certo da morte digna**. 1 ed. Belo Horizonte: Mandamentos Editora, 2010.

CARDOSO, Juraciara Vieira. **Ortotanásia: Uma Análise Comparativa da Legislação Brasileira Projetada e em Vigor**, 2012.

DOMINGOS, Anitta et. Al. **O Direito a vida e sua proteção no ordenamento jurídico brasileiro: Breve análise do caso do índio pataxó Galdino brasileiro**. Disponível em: <<http://www.direitopenalvirtual.com.br/artigos/o-direito-a-vida-e-sua- protecao-no-ordenamento-juridico-brasileiro-breve-analise-do-caso-do-indio-pataxo- galdino-queimado-em-brasilia-em-1997>> Acesso em 09 de setembro de 2016.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário da língua portuguesa. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

KOVÁCS, Maria Júlia. Bioética nas questões de vida ou morte. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a08v14n2.pdf>> Acesso em 09 de setembro de 2016.



MOTA, Joaquim Antônio Cesar. **Quando um Tratamento torna-se fútil?**. Disponível em <<http://www.portalmédico.org.br/revista/biov7/quando.htm>> Acesso em 26 de outubro de 2016.

PESSINI, Leo. **Distanásia: Até quando prolongar a vida?**. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

PESSINI, Leo. **Distanásia: Por Que Prolongar o Sofrimento**. Disponível em <[http://www.cienciahoje.org.br/revista/materia/id/707/n/distanasia:\\_por\\_que\\_prolongar\\_o\\_sofrimento/](http://www.cienciahoje.org.br/revista/materia/id/707/n/distanasia:_por_que_prolongar_o_sofrimento/)> Acesso em 20 de outubro de 2016.

PESSINI, Leo. **Sobre o conceito ético de distanásia**. Disponível em <<http://www.a12.com/artigos/detalhes/sobre-o-conceito-etico-de-mistanasia>> Acesso em 18 de outubro de 2016.

PINOTTI, José Aristodemo. **Prioridade x Escassez em Saúde: Visão Política**. Pisa:2009. Revista Bioética, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 2, 2009.

RESOLUÇÃO nº 1995, Conselho Federal de Medicina, 2012.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA Diogo Luna. **Autonomia para morrer: Eutanásia, Suicídio Assistido, Diretivas Antecipadas de Vontade e Cuidados Paliativos**. 2 ed. São Paulo: Del Rey, 2012.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. **Biodireito, Ciência da Vida, os Novos Desafios**. 1 ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2001.

SERTÃ, Renato Lima Charnaux. **A Distanásia e a Dignidade do Paciente**. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.