

**UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM BIOÉTICA**

GISELE NEVES MARTINS

**RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE E A ORTOTANÁSIA
SOB A ÓTICA DA BIOÉTICA**

POUSO ALEGRE

2020

Gisele Neves Martins

**RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE E A ORTOTANÁSIA
SOB A ÓTICA DA BIOÉTICA**

Dissertação apresentada para o programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí, para obtenção do título de mestre em Bioética.

Área de concentração: Bioética, os Ciclos da Vida e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Virgínio Cândido Tosta De Souza

Pouso Alegre - MG

2020

Martins, Gisele Neves.

Relação Médico - Paciente e a Ortotanásia sob a ótica da Bioética / Gisele Neves Martins. – Pouso Alegre: UNIVÁS, 2020.

44f.

Dissertação (Mestrado em Bioética), Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, 2020.

Título em inglês: *Doctor - Patient Relationship and Orthothanasia from the perspective of Bioethics.*

Orientador: Prof. Dr. Virgínio Cândido Tosta de Souza.

1. Relação Médico-Paciente. 2. Ortotanásia. 3. Bioética. I. Título.

CDD: 174.2

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

Certificamos que a dissertação intitulada “**RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E ORTOTANÁSIA SOB A ÓTICA DA BIOÉTICA**” foi defendida, em 25 de julho de 2020, por **GISELE NEVES MARTINS**, aluna regularmente matriculada no Mestrado em Bioética, sob o Registro Acadêmico nº 98014480, e aprovada pela Banca Examinadora composta por:



Prof. Dr. Virgínio Cândido Tosta de Souza
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS
Orientador



Prof. Dr. Augusto Castelli von Atzingen
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS
Examinadora



Prof. Dr. Félix Carlos Ocáriz Bazzano
Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS
Examinador

DEDICATÓRIA

É através de cada passo, luta, experiência, momentos, conquistas, ao jogar cada semente colhemos nossos frutos. Lembro-me da seguinte frase: é no momento dos fracassos que você se fortalece.

Essa dedicatória será exclusiva ao Prof. Mestre, DR. VIRGÍNIO CANDIDO TOSTA DE SOUZA, que ao seguir seus passos, em cada hora de aprendizado, posso dizer que foi respectivamente um ano de experiência de vida, passando a grande importância do conhecimento, humanização, espiritualidade, fé e religiosidade, pois uma pessoa com tamanho respeito levando seu conhecimento a cada discípulo, nos torna cada vez mais éticos dentro de cada realidade. Humano em todos os aspectos e, principalmente, na importância na relação médico paciente. Um grande orgulho ter a honra de estar junto com um grande exemplo de pessoa dentro da Bioética e arte Médica.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos primeiramente a Deus, por me dar a sabedoria e a oportunidade de um Mestrado, por me tornar uma pessoa com instinto de humanização, preocupada sempre com a dignidade e o respeito com o paciente.

Agradeço aos meus pais e irmão, por terem me proporcionado todo apoio, desde quando graduava Medicina.

Aos professores, por promover conhecimento, pois essa é a base da pirâmide.

Ao meu ORIENTADOR, por ser uma pessoa enviada por Deus, ao promover o conhecimento e os ensinamentos diários, a importância da Religiosidade, Espiritualidade e a Arte ao cuidar do paciente, dentro dos princípios éticos que nos regem, a importância da Vida e da Medicina.

“O que no passado era considerado como natural e nos ensinava a viver, na contemporaneidade é considerado um inimigo, e assim perdemos a capacidade de aprender o que ela pode nos ensinar”.

(Rubem Alves)

RESUMO

Morrer pertence à vida assim como o nascer. Na relação médico paciente e familiares uma tarefa incômoda e difícil é acompanhar os últimos momentos de vida. É incontestável que os avanços tecnocientíficos vêm conseguindo resultados considerados impossíveis, até poucos tempos atrás, mas como uma moeda de duas faces: traz perplexidade, pois pode prolongar a vida de pacientes com sofrimento inútil, que é o processo de morte, em casos com comprometimentos irreversíveis (distanásia). O justo equilíbrio na conduta e tomada de decisão em situações de terminalidade de vida, diante da disponibilidade do aparato tecnocientífico, exige uma reflexão Bioética principialista, entre a beneficência e não beneficência. É nos cuidados de terapia intensiva e na evolução das doenças crônico degenerativas, na terminalidade de vida com uso das modernas tecnologias que o trabalho em tela propõe, sob a ótica da Bioética, um justo equilíbrio entre o tratar e o cuidar (ortotanásia). Trata-se de uma pesquisa de fundamentação teórica qualitativa bibliográfica e dissertativa, seguindo as determinações da Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Palavras-chave: Relação Médico-Paciente. Ortotanásia. Bioética.

ABSTRACT

Dying belongs to life as well as being born. In the relationship between doctor, patient and family, an uncomfortable and difficult task is to follow the last moments of life. It is undeniable that technoscientific advances have been achieving considered results impossible until recently, but as a double-sided coin, it is perplexing, as it can prolong the life of patients with suffering and useless death process in irreversible compromised cases (dysthanasia). The right balance in conduct and decision-making in situations of terminal life in view of the availability of the techno-scientific apparatus requires a principled bioethical reflection between beneficence and non-beneficence. It is in the care of intensive care and in the evolution of chronic degenerative diseases in the terminality of life with the use of modern technologies that the work on screen proposes from the perspective of Bioethics a fair balance between treating and caring (ORTOTANASIA). It is a qualitative bibliographic and dissertation theoretical research, following the determinations of Resolution No. 466' of December 12, 2012, of the National Health Council (CNS).

Keywords: Doctor-Patient Relationship. Orthothanasia. Bioethics.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DAV	Diretriz Antecipada de Vontade
OMS	Organização Mundial da Saúde
UNIVÁS	Universidade do Vale do Sapucaí
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivo específico	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	15
3.1 Moral	15
3.2 Ética	15
3.3 Bioética	15
3.4 Bioética Clínica	16
3.5 Tecnociência	18
3.6 Tanatologia	20
3.7 Eutanásia	21
3.8 Distanásia	22
3.9 Ortotanásia	24
3.10 Cuidados Paliativos	25
3.11 Espiritualidade e Religiosidade	28
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	30
4.1 Método	30
4.2 Aspectos Éticos	30
5 DISCUSSÃO	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente nos casos de terminalidade da vida, dentro do principialismo da Bioética, é um tema que se desponta como essencial, diante do avanço tecnocientífico da Sociedade Contemporânea (pós-moderna).

Curar as enfermidades, cuidar da insuficiência orgânica, restabelecer a função, compensar as perdas, aliviar os sofrimentos, confortar pacientes e familiares e acompanhar, ativa e serenamente os últimos momentos da vida do paciente não é tarefa fácil e isenta de frustrações, pois obriga o médico a considerar caso a caso, o justo equilíbrio nas tomadas de decisões, evitando a obstinação terapêutica em circunstância da terminalidade da vida, reconhecendo a finitude humana e as limitações da ciência médica, sem deixar de proporcionar todos os benefícios oferecidos pelos avanços do conhecimento científico (SIQUEIRA, 2005).

Essa situação de morrer levou a cunhar os termos *distanásia*, isto é, a deformação violenta e estrutural da terminalidade de vida, uma vez que esteja intensamente medicado (PESSINI, 2001).

Na relação médico paciente nem sempre é lícito fazer tudo que é possível, o código de Ética Médica nos indica que é possível estabelecer critérios de discernimento entre diferentes ações possíveis. A questão fundamental é que além da capacidade funcional e dos recursos tecnológicos qual é o desejo subjetivo dos pacientes e dos seus familiares, nos casos irreversíveis na terminalidade da vida.

Os avanços da Medicina e o desenvolvimento da tecnologia, cada vez mais sofisticado, proporcionam o diagnóstico e terapia impensáveis a pouco menos de meio século. Entretanto, o paciente, com sua biografia e seus valores, foi paulatinamente relegado em segundo plano, no qual a doença passou a ser objeto do saber reconhecido prioritariamente (SIQUEIRA, ZABOLI e KIPPER, 2008).

A verdade é que a medicina científica e tecnológica não pode afastar a morte indefinidamente. A pergunta fundamental não é se vamos morrer, mas quando e como enfrentaremos essa realidade.

Quando a terapia médica não consegue mais atingir os objetivos de preservar a saúde ou aliviar o sofrimento, o tratar torna-se uma futilidade ou um peso, é mais do que prolongar a vida, prolonga-se a agonia. Surge, então, o imperativo ético de parar o

que é inútil e fútil, intensificando os esforços no sentido de proporcionar mais do que quantidade; qualidade de vida diante do morrer (PESSINI, 2016).

Deixar a morte seguir seu percurso normal não significa abandonar o paciente. Dizer não ao prolongamento artificial da vida significa recusar os procedimentos que tentam, até o último momento, uma reviravolta no quadro clínico, mesmo sabendo da sua evolução e oferecer o suporte de cuidados paliativos, cuidados esses que não visam combater a doença, mas sim, aliviar a dor e um conforto possível para uma morte digna, isto denomina-se Ortotanásia (KOVÁCS, 2003).

Enquanto na distanásia a tendência é fixar na quantidade dessa vida, investindo todos os recursos terapêuticos para prolongá-la ao máximo, na ortotanásia a preocupação maior é com qualidade de vida remanescente.

A distanásia é uma postura ligada especialmente ao paradigma tecnocientífico comercial empresarial da medicina vigente. A recusa a esse tipo de tratamento bem como o respeito pela decisão do sujeito de querer morrer com dignidade, sem sofrimento, vão ao encontro do contexto da ortotanásia. O prefixo grego ORTHOS quer dizer, correto, ou seja, é a morte digna, sem abreviações desnecessárias, sem sofrimentos adicionais, é a morte no seu tempo certo (VIDAL, 1996).

Para o teólogo Marciano Vidal (1996), a Ortotanásia é uma síntese ética do direito de morrer com dignidade e do respeito pela vida humana.

Parte importante no final dos cuidados da vida é facilitar o exercício da autonomia e decisões de pessoas enfermas, que trazem consigo sua biografia. O que se observa é que, com o avanço da idade e o agravamento da doença, decisões sobre a vida e a morte não são mais permitidas aos pacientes.

A bioética da reflexão autônoma busca enfatizar autonomia e pluralidade de crenças e sentimentos em profundo respeito ao ser humano. Reconhecendo a presença do conflito, busca-se debatê-lo com razão e emoção, numa configuração multidisciplinar sem separar emoções, solidariedade, empatia e compaixão frente a sentimentos dolorosos, considerando que agir em sociedade deve envolver características pessoais, liberdade e possibilidade de escolha, demonstrando a pluralidade de ideias e a riqueza de pensar a bioética (KOVÁCS, 2014).

A opção pela medicina transcende uma simples escolha, exige uma vocação direcionada fundamentalmente para cuidar do outro. Esta responsabilidade pelo outro como vulnerável é o desafio espiritual da bioética e da arte do cuidar. Ao agredir a dignidade do outro, para ele, você é o outro (HOSSNE e PESSINI, 2014).

É importante relembrar a figura do papa João Paulo II, que ao perceber que sua vida chegava ao momento final, diz não a proposta de voltar para o Hospital Gemelli de Roma. Ele se recusa e simplesmente implora: “Deixem-me partir para o Senhor”. Voltando para o hospital, ficando numa UTI, certamente sua vida física biológica poderia ser prolongada por vários dias; mas em que isso o estaria beneficiando? E é interessante que não se diz que o papa optou pela eutanásia; o que se evitou foi a prática da distanásia. O clamor do papa ao dizer “deixe-me partir” não deixa de ser na comunidade o clamor de centenas de milhares de doentes que, hoje, se encontram em fase final de vida (PESSINI, 2016).

É neste paradigma que o trabalho em tela propõe uma reflexão moral, ética, social e antropológica sobre o cuidar na relação médico-paciente na terminalidade da vida e a ortotanásia, sob a ótica da bioética.

Temas como ortotanásia e cuidados paliativos foram consolidados como princípios fundamentais de atuação relação médico-paciente, junto ao uso dos avanços tecnocientíficos na terminalidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Ressaltar a importância do respeito à dignidade e autonomia da pessoa humana na terminalidade de vida, objetivando um sensato equilíbrio entre o tratar e o cuidar nas relações médico-pacientes.

2.2 Objetivo específico

Oferecer, através da Bioética, elementos de reflexão sobre a Ortotanásia e a arte de cuidar na terminalidade de vida, diante do uso dos avanços tecnocientíficos na Sociedade Contemporânea.

3 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

3.1 Moral

Moral é a palavra latina, *Morus*, que significa usos e costumes. Moral refere-se à uma conduta de acordo com valores consolidados em uma determinada cultura social, não sendo necessária a justificativa desses valores que vão além dos interesses imediatos desta sociedade. Refere-se à rotina de comportamentos que se dominam bons ou maus, certos ou errados, lícitos. São valores que vêm de fora para dentro (SEVERINO, 2005).

3.2 Ética

Ética é uma palavra de origem grega, onde *éthos* pode ser traduzido como costume local. A ética refere-se à conduta que os indivíduos de uma determinada sociedade estabelecem entre si; independente da aprovação ou não de seus pares. São valores que vêm de dentro para fora, oriundos de fundamentos elaborados de forma reflexiva e elucidativa (SEVERINO, 2005).

3.3 Bioética

A bioética é um neologismo oriundo da ética, com características multi e transdisciplinares combinando conhecimentos biológicos com os conhecimentos dos sistemas de valores humanos (SOUZA, 2015).

A bioética tem seu primeiro artigo publicado em 1970, pelo bioquímico norte-americano Van Rensselaer Potter, embora, em 1927, na Alemanha, do lançamento do livro *Fritz Jahr and the foundations of global bioethics: the future of integrative bioethics*, de Fritz Jahr como marco inicial (POTTER, 1971).

Bioética tem como objetivo indicar os limites e as finalidades das intervenções do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente propostos, denunciar os riscos das possíveis aplicações (LEONE, PRIVITERA e CUNHA 2001).

Em outra definição, bioética pode ser compreendida como “o estudo sistemático de caráter multidisciplinar da conduta humana, na área das ciências da vida e da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais” (FORTES, 1994).

O que na ética é estudado, na moral aplicado, na deontologia obrigado, na bioética é problematizado (SOARES e PINHEIRO, 2006).

Defino a essência da Bioética como um grito por dignidade de vida, que vai se pautar por dois valores; de um lado está a ousadia do conhecimento científico, que inova, que transforma a vida em mais bela, mais saudável, menos enferma e menos sofrida. Do outro lado a prudência de fazer com que a mesma vida não seja manipulada, não seja descartada, nem ‘cobaizada’ (PESSINI, 2007).

3.4 Bioética Clínica

De acordo com Batista, Goldim e Fritscher (2005), a medicina e a ética dividem a mesma metodologia originária da metodologia clínica hipocrática, onde se tem a visão de que o médico é um ser a serviço da arte, estando a arte constituída de três partes: a doença, o paciente e o médico. A doença sempre foi considerada como uma inimiga, algo a ser combatido pelo paciente e o médico, a este último compete sempre fazer o bem ou pelo menos não causar danos ou morte.

Segundo Marques Filho (2004), o crescimento de questões éticas é progressivo e está cada vez mais presente no dia a dia, tornando de suma importância a atenção de todos os profissionais da saúde para este tema. A origem da bioética clínica se deu juntamente com a bioética, no começo da década de 70, na Universidade de Georgetown, nos Estados Unidos.

A bioética clínica é um dos ramos mais complexos da bioética e requer conhecimentos tanto da área médica, como jurídica e científica. A bioética clínica possui um conceito amplo e de difícil delimitação, que consiste em tratar a ética clínica a partir

da relação que se forma entre o profissional da área da saúde e seus pacientes, através dos valores pessoais de cada envolvido, que deve ser preservado e respeitado.

A bioética clínica surgiu para resgatar os aspectos humanos da arte da medicina, muitas vezes esquecidos pelo desenvolvimento tecnológico, e que agora devem indicar caminhos, refletir e dar sentido às metas já estabelecidas pela medicina, como restaurar a saúde, aliviando sintomas de estresse; recuperando a função de um órgão; salvando vidas; orientando pacientes quanto aos cuidados que permeiam seu tratamento (BATISTA, GOLDIM E FRITSCHER, 2005).

Figueiredo (2011) descreve que a bioética clínica não deve ser separada da bioética em geral para não correr-se o risco de focar apenas em particularidades analíticas de um determinado caso, ao invés de analisá-lo à luz da referência moral, contudo, não devemos por esta razão generalizar a bioética, pois esta não deixa de nutrir-se dos dilemas que surgem.

Segundo Figueiredo (2011), a bioética estuda as dimensões morais, no que tange à visão moral, às decisões, à conduta e às políticas das ciências da vida e cuidados de saúde, que empregam uma variedade de metodologias éticas interdisciplinares.

Batista, Goldim e Fritscher (2005) descrevem que a ética e a medicina clínica dividem o mesmo espaço durante toda a sua história, por usufruírem da mesma razão, que tem a deliberação e a sabedoria da prática clínica comparadas à demonstração e à ciência. Entretanto, é possível que dois experientes profissionais decidam por diferentes diagnósticos, prognósticos e ações terapêuticas, pois é comum que exista mais de uma solução para um problema. Essas são características da medicina clínica e também da ética.

Conforme abordado por Figueiredo (2011), o processo de tomada de decisões relacionado à bioética clínica possui vários métodos, onde todos procuram desenvolver metodologias adequadas para discutir e tentar solucionar os conflitos, como os métodos de análise moral de David C. Thomasma, Diego Gracia, Albert R. Jonsen e James F. Drane.

Para Marques Filho (2004), a proposta de Thomasma é a mais utilizada por ser relativamente simples para aplicação na prática. A saber, este método consiste em: a) Descrever todos os fatos do caso; b) Descrever os valores relevantes dos médicos, pacientes, membros da família e da equipe, da instituição e da sociedade; c) Determinar o principal valor ameaçado; d) Determinar os possíveis cursos de ação que podem proteger o maior número possível de valores; e) Eleger um curso de ação; f) Defender

este curso de ação, a partir dos valores que o fundamentam. Ou seja, é esse conjunto de ferramentas metodológicas, aplicadas às decisões éticas na área médica, que conhecemos como a bioética clínica.

Com relação à expressão ética clínica, não devemos nos referir apenas aos médicos, mas também aos demais profissionais de saúde, por não se limitar a determinar o que é prescrito, mas na procura pelo melhor resultado para determinada situação. A ética clínica trata das condutas entre profissionais da área da saúde e seus pacientes, a fim de preservar e respeitar o outro, para que a prestação do serviço possa alcançar a máxima eficácia possível (MARQUES FILHO, 2004).

3.5 Tecnociência

O sucesso da medicina, a fé pública em sua eficácia e o crescimento das doenças crônicas e da morbidade, que exige uma demanda intensa por mais serviços médicos, atado isso se deve somar a crescente influência do mercado médico. O mercado tem sido um poderoso gerador de inovações médicas extremamente úteis. Ao mesmo tempo, ele responde e ajuda a criar demanda pública para inovação, bem como aspiração profissional entre os médicos, que querem dar o melhor a seus pacientes. O mercado leva a indústria médica a investir quantidade de dinheiro na pesquisa, a inovar incessantemente.

Em algumas partes da Ásia, da América Latina e dos Estados Unidos, estratégias de mercado e privatização dos serviços de saúde estão se tornando dominantes. Essas mudanças são acompanhadas pelo declínio nos programas de saúde pública e no aumento do número de excluídos do sistema de saúde, os pobres. A iniquidade cresce e a integridade da medicina pode ficar comprometida ao tornar-se cativa de forças comerciais. De uma forma ou de outra, a economia é inevitavelmente uma parte central e inevitável do empreendimento médico e da disponibilidade dos serviços de saúde. Caso não seja bem administrada, a medicina pode comprometer seus valores fundamentais e sua tradição: a relação de confiança pública nas razões de sua existência (PESSINI, 2001).

O emprego da tecnociência em pacientes terminais nos leva a indagar como ela se relaciona com a mortalidade e como pode ajudar o paciente a morrer em paz (PESSINI, 2009). Com o avanço da tecnologia médica, profissionais se preocupam com

a manutenção da vida, tendo que cuidar de ponteiros e luzes que monitoram as funções vitais. Conversar, ouvir sentimentos e emoções não são prioridades ante a batalha contra morte. O desenvolvimento técnico na área da saúde cria ambiente desumano, deixando a dignidade em segundo plano. Houve desapropriação da morte na era moderna, afastando pessoas do seu processo de morrer, numa flagrante perda de autonomia e consciência (KOVÁCS, 2014).

A questão é como e quando, e não se, vamos morrer. Se a morte é a parte do ciclo da vida humana, então cuidar do corpo que está morrendo deve ser parte integral dos objetivos da medicina. A morte é o foco em torno do qual os cuidados médicos deveriam ser direcionados, desde o início no caso de doença grave ou declínio das capacidades físicas e mentais, como resultado da idade ou doença (PESSINI, 2009).

É o que lucidamente se pergunta Horta: “A medicina e a sociedade brasileira têm hoje diante de si um desafio ético, ao qual é mister responder com urgência – o de humanizar a vida no seu ocaso, devolvendo-lhe a dignidade perdida. Centenas ou talvez milhares de doentes hoje jogados a um sofrimento sem perspectivas em hospitais, sobretudo na suas UTIs e emergências. Não raramente, acham-se submetidos a uma parafernália tecnológica, que não só não consegue minorar-lhes a dor e o sofrer, como ainda os prolonga e os acrescenta inutilmente. Quando a vida física é considerada o bem supremo e absoluto, acima da liberdade e da dignidade, o amor natural pela vida se transforma em idolatria. A medicina promove implicitamente esse culto idólatra da vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte” (PESSINI, 2009).

É bom lembrar que a presença massiva de tecnologia é um fato necessário na medicina moderna. À medida que a prestação de serviço do sistema de saúde torna-se mais dependente da tecnologia, são deixadas de lado práticas humanistas, tais como manifestações de apreço, preocupações e presença solidária com os doentes. O “cuidar” surge no mundo tecnológico da medicina simplesmente como prêmio de consolação, quando o conhecimento e as habilidades técnicas não vencem (PESSINI, 2009).

3.6 Tanatologia

Se levarmos em consideração o parecer do filósofo alemão Arthur Schopenhauer, os animais só conhecem o presente, não tendo experiências das dimensões temporais do futuro e do passado. Desse modo, a vida dos animais é um prolongado presente. Sem reflexão, eles vivem nele e nele sempre sucumbem inteiramente. O animal só conhece a morte na morte: o homem, com sua consciência, a cada hora se aproxima mais de sua morte e isso torna a vida por vezes árdua, até para aquele que ainda não reconheceu no todo da vida esse caráter de permanente destruição. Principalmente por causa disso, o homem tem filosofias e religiões. Com Schopenhauer, pode-se dizer, portanto, que a morte é o gênio inspirador, a musa da filosofia, sem ela provavelmente a humanidade não teria filosofado. O homem é o único animal que sabe por antecipação da própria morte; portanto, ao contrário de todos os outros animais, o homem sofre para além do presente, nas dimensões do passado e do futuro, e se pergunta pelo sentido de sua existência – exatamente porque sua única certeza é a de estar destinado a morrer (GIACOIA JUNIOR, 2005).

Sabemos que a bioética é um ramo da ética aplicada que discute os avanços da biomedicina e da biotecnologia e o impacto delas sobre o homem. Portanto, todos os assuntos relacionados à vida humana com qualidade, à saúde e ao respeito pelo ser humano são pertinentes a essa ciência, que procura buscar o bom e o melhor para o homem.

A tanatologia traduzida ao pé da letra significa “estudo da morte” ou “ciência da morte”. Ciência é a observação de fatos, seguida da reflexão deles com suas relações e consequências. Mas segundo estudo, ela não é apenas a ciência que observará a morte e sim, uma ciência muito mais de vida do que de morte, isto é, uma ciência que olha a vida segundo aquilo que se aprende com quem está morrendo.

É de suma importância que pacientes terminais, que não respondem a tratamento da medicina curativa, devam procurar por uma medicina assistencial de apoio e alívio para seus sentimentos físicos e emocionais; uma medicina que busca mais qualidade de vida e não quantidade de vida.

Por mais que os avanços tenham sido grandes ao passar dos anos, ainda temos certa resistência com relação à morte, e que de certa forma consciente ou inconsciente tentamos fugir a todo momento.

A tanatologia é essencial para qualquer profissional que almeja melhorar seu desempenho, pois proporciona crescimento pessoal e melhora a qualidade de trabalho e de vida. A morte nos ensina a amar a vida, a vivermos plenamente nossas vidas, aproveitarmos nossos dias como se fossem os últimos. E, é por isso, que a bioética e a tanatologia caminham lado a lado (D'ASSUMPCÃO, 2002; SOUZA, 2015).

3.7 Eutanásia

O tema eutanásia percorre grande parte da história do mundo. Na Bíblia, encontramos configurada a eutanásia, no Livro dos Reis (I, 31, 3 a 7), na passagem em que Saul, lançando-se sobre sua própria espada para não cair prisioneiro, vem a ferir-se e, por isso, pede a seu escravo que acabe com sua vida.

Entre os povos primitivos era admitido o direito de matar doentes e velhos, mediante rituais desumanos. Na Grécia, os velhos eram aconselhados a morrer. Em Esparta, os idosos e recém-nascidos deformados eram arremessados do alto do Monte Taijeto. Em Atenas, o Senado ordenava a eliminação de anciãos doentes, ministrando-lhes veneno (*coniummaculatum*) em banquetes especiais. Os brâmanes eliminavam recém-nascidos defeituosos e velhos enfermos, por considerar-lhes imprestáveis aos interesses comunitários.

Na Índia, os incuráveis eram lançados no rio Ganges, com a boca e as narinas vedadas com lama sagrada. Na Birmânia, enterravam-se, com vida, idosos e doentes graves. Na antiguidade romana, Cícero afirmava (*De Legibus*, III, 8,19) que era dever do pai matar o filho disforme e, Cesar, ao colocar seu polegar para baixo, permitia a eutanásia, concedendo ao gladiador um modo de se esquivar da desonra e da morte com grande agonia.

O responsável pela denominação do termo eutanásia, do grego: eu: boa e thamos: morte, foi Francis Bacon, que o empregou, pela primeira vez, em 1623, na sua obra *Historia Vitae et Mortis*, no sentido de boa morte.

A partir de Tomas Morus e Roger Bacon, no século XVII, o termo passou a ter significado que faz referência ao ato de colocar fim à vida de uma pessoa enferma.

Platão dizia que os médicos devem se ocupar dos cidadãos que são bem constituídos de corpo, deixando morrer aqueles cujo corpo é mal constituído e, em seus “Diálogos”, lembra sobre a afirmação de Sócrates de que “o que vale não é o viver, mas o viver bem”. O princípio da qualidade de vida é usado para defender a eutanásia, por considerar que uma sem a outra não vale a pena ser vivida (BOTTEGA e CAMPOS, 2011).

A eutanásia é o ato de proporcionar a morte sem sofrimento a um doente atingido por doença incurável, que produz dores intoleráveis.

O Código de Ética (CEM) adotado no Brasil, reforça o caráter antiético da eutanásia. Mas, também, classifica como não indicado o prolongamento artificial da vida, com o sofrimento para o doente sem perspectiva de cura ou melhora. Ele orienta que em situações clínicas irreversíveis e terminais o médico evite procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários.

Vale lembrar que Hipócrates é o pilar de sustentação da dignidade da profissão médica. E que defende que é o dever do médico manter a vida das pessoas, salvar vidas e não retirá-las. Desse modo, com tantas tecnologias, ciência, evolução e com a ética médica envolvida neste tema, o médico deve fazer o possível para manter o doente com vida, cumprindo nada mais que sua obrigação. No entanto, surge então outra questão: qual o limite de tratamentos, de cuidados que o médico deve utilizar no enfermo? (BOTTEGA; CAMPOS, 2011)..

3.8 Distanásia

A distanásia é a prática pela qual se prolonga, através de meios artificiais e desproporcionais, a vida de um doente incurável (SOUZA, 2015).

O dicionário Aurélio (HOLANDA, 2010) traz a seguinte conceituação: “morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento”. Trata-se, assim, de um neologismo, uma palavra nova, de origem grega. O prefixo grego *dis* tem o significado de “afastamento”, portanto, distanásia significa prolongamento exagerado da morte de um paciente. O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil, fútil. Trata-se da atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento.

Nesta conduta, não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. No mundo europeu fala-se de “obstinação terapêutica” e nos Estados Unidos de futilidade médica.

A expressão “obstinação terapêutica” (*l'acharnement thérapeutique*) foi introduzida na linguagem médica francesa por Jean-Robert Debray, no início dos anos 50, e foi definida como sendo “o comportamento médico que consiste em utilizar processos terapêuticos cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos do mal curar, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor que os inconvenientes previsíveis (PESSINI, 2009).

O desenvolvimento de novas tecnologias, medicamentos e técnicas cirúrgicas fizeram com que houvesse surpreendentemente melhora no aumento da expectativa de vida na população. Atualmente, diversas doenças intratáveis apresentam tratamentos com boa evolução e bons prognósticos. Essas mudanças foram determinadas para criar o dogma de que sempre deve ser alcançada a cura de pacientes ou o prolongamento máximo da vida do indivíduo.

A história mostra essa mudança. Inicialmente, Hipócrates formulou como objetivos da medicina: aliviar o sofrimento dos enfermos, minimizar a agressividade da doença e recusar fazer tratamentos quando a medicina reconhece que não pode mais contribuir. Essas prerrogativas foram mantidas até o início do século XVI, quando Francis Bacon considerou três finalidades para a medicina: preservação da saúde, a cura das doenças e o prolongamento da vida (SILVA et al., 2014).

A busca pelo prolongamento da vida, em pacientes que não apresentam condições de cura, sem a preocupação com a qualidade de vida e a opinião do paciente, constitui uma futilidade. Além de trazer maior sofrimento para os pacientes e familiares, essa prática acaba por alocar recursos para tratamentos desnecessários que poderiam ser utilizados por pacientes com patologias potencialmente curáveis (SILVA et al, 2014).

Na distanásia, pode existir conflito de dois princípios gerais da bioética: o da autonomia e o da beneficência (BOTTEGA e CAMPOS, 2011).

Mesmo sem indicação formal, certas medidas podem ser mantidas a pedido do próprio paciente, quando ele deseja tal prolongamento, considerando importante viver esses momentos ainda que aumentem seu sofrimento. Em certos casos, quando o paciente já não tem a capacidade de decidir e quando a falta de indicações deve ser comunicada à família, para fins de retirar o suporte, pode ocorrer que a mesma solicite a manutenção

fútil por um tempo determinado, a fim, por exemplo, de aguardar a chegada de um parente que deseja vê-lo antes da morte, já a caminho.

Mesmo a pedido da família, as medidas não devem ser mantidas indefinidamente, pois isso implicaria agressão desnecessária ao paciente, o que não é o objetivo nem dever dos médicos. Somente o próprio indivíduo pode fazer a opção pelo sofrimento adicional, considerando-o válido, apesar de medicamento fútil (VILLAS-BOAS, 2008).

Esse prolongamento exagerado e desproporcional da vida, denominado como distanásia, sendo sua prática não apoiada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (SILVA et al., 2014).

3.9 Ortotanásia

Conforme descrito por Lima (2015), o ser humano é marcado pela vulnerabilidade, precariedade da sua existência e finitude, pois a imortalidade não nos pertence. Contudo, o avanço da medicina e da tecnologia tem contribuído muito para a cura de inúmeras doenças, apesar de muitas vezes interferir de forma excessiva na vida de um indivíduo em sua fase de finitude, por prolongar a agonia e o sofrimento e adiar a morte, sem o devido respeito pela dignidade humana.

De acordo com Sanchez y Sanches e Seidl (2013), a proposta da ortotanásia consiste em humanizar a morte recolocando a pessoa no centro do processo, favorecendo sua autonomia com compaixão, aproximação e respeito. Portanto, ortotanásia é o oposto de “apressar” a morte, ela é o não-investimento de ações obstinadas a postergar a morte do indivíduo cuja doença insiste em avançar, acarretando a falência progressiva das funções vitais.

Santana et al (2019) descrevem que a ortotanásia faz parte dos inúmeros avanços científicos que ocorreram no âmbito da saúde nos últimos anos e que busca assistir o paciente em sua totalidade, minimizando a dor e o sofrimento de pacientes e familiares na terminalidade da vida, ou seja, na sua morte.

A morte deve ser compreendida como um processo natural no qual a ortotanásia represente mais respeito à morte digna, humanizada. Uma intervenção médica na ortotanásia busca possibilitar ao paciente uma boa morte, ao seu tempo, e com respeito aos seus valores e de seus familiares (LIMA, 2015).

Para Santana et al (2019), a ortotanásia exercida pela equipe multidisciplinar procura acolher, escutar e cuidar dos indivíduos no seu processo de morte, mas pode competir também à família, o cuidado paliativo além dos limites hospitalares, quando sugerido tratamento domiciliar, onde o paciente pode se sentir mais acolhido com o conforto de sua casa.

O processo de inserção da ortotanásia através de cuidados paliativos deve ser acompanhado da capacitação de profissionais de diversas áreas da saúde para realização do cuidado paliativo e, não apenas da equipe médica e de enfermagem. Todos devem compreender que a morte é natural e não podemos impedir esse momento, devemos entender que as técnicas são finitas e que a morte não se trata de um fracasso profissional, mas sim, de um processo inevitável (SANTANA et al., 2019).

Segundo Santana et al (2019), equipes que não executam sua prática de forma humanizada e que buscam apenas a valorização da ação de manter uma vida em detrimento da afetividade, querem satisfazer apenas o ego profissional. A ortotanásia requer compreensão na autonomia do paciente e escolha da família. Quando oferecida ao paciente a distanásia, o médico não mais poderá retirar os métodos artificiais que mantêm a vida, pois a retirada é considerada uma prática de eutanásia, o que é proibido no Brasil.

3.10 Cuidados Paliativos

Segundo Gomes e Othero (2016), ainda que mais de cem milhões de pessoas se beneficiem de cuidados paliativos anualmente (incluindo familiares e cuidadores), menos de 8% que precisam desse tipo de assistência têm seu acesso de fato garantido. Infelizmente, a formação em cuidados paliativos é raramente incluída no currículo educacional dos profissionais de saúde. Além disso, a disponibilidade de drogas para dor - o tópico mais básico quando se fala em minimizar sofrimento dos pacientes - é lamentavelmente inadequada na maior parte do mundo, muitas vezes, devido a preocupações relativas ao seu uso ilícito e ao tráfico de drogas.

Os programas de Cuidados Paliativos variam internacionalmente, onde cada país tem adotado diferentes modelos devido a diferenças em sua situação socioeconômica, políticas de saúde e necessidades de pacientes e seus familiares. Segundo as autoras, nos pacientes em desenvolvimento, os programas ainda são pouco conectados com as políticas locais de saúde e a assistência é centrada nos cuidados de final de vida. Limitações econômicas e pouca formação de recursos humanos são as duas principais razões apontadas em seu estudo.

Os serviços de Cuidados Paliativos podem ser providos em diferentes modelos: hospitais exclusivos (tradução em português para o termo hospice), Enfermarias em hospitais gerais, Equipe interconsultora, Ambulatório, Assistência Domiciliar, Hospedarias e Hospital-Dia. Não, não há um modelo único e ideal para a prestação dos cuidados, devendo esse ser determinado com base nas necessidades e recursos locais. Entretanto, a existência de equipes de referência e de equipes de apoio ou suporte é fundamental, bem como a necessidade de formação de todos os profissionais de saúde para prestar medidas paliativas básicas, denominadas ações paliativas.

Os tópicos que compõem a linha mestra de toda e qualquer assistência voltada para os cuidados paliativos são: a) Controle impecável de dor e outros sintomas; b) Conforto; c) Prevenção de agravos e incapacidades; d) Promoção da independência e autonomia; e) Manutenção de atividades e pessoas significativas para o doente; f) Ativação de recursos emocionais e sociais de enfrentamento do processo de adoecimento e terminalidade; g) Ativação de redes sociais de suporte; h) Apoio e orientação à família e cuidadores.

Os Cuidados Paliativos se apresentam como uma forma inovadora de assistência. A abordagem voltada para o ser humano em sua integralidade e a necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual transformam a prática dos Cuidados Paliativos em um trabalho necessariamente de equipe, de caráter multiprofissional e interdisciplinar.

Faz-se importante registrar que não há leis constitucionais sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. Entretanto, diversos avanços nesse sentido ocorreram na última década. O Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão que regulamenta e fiscaliza a prática médica, publicou diferentes resoluções diretamente relacionadas ao tema e que certamente promoverão reflexões e avanços importantes nessa área. Vale a pena destacar quatro delas: sobre a legitimidade da ortotanásia (Resolução CFM 1.805/06); sobre o novo Código de Ética Médica, no qual os cuidados paliativos são diretamente

mencionados (Resolução CFM 1.931/09); regra que define a Medicina Paliativa como área de atuação (Resolução CFM 1.973/12) e a Resolução CFM 1.995/12, sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

Tais reflexões nos remetem à importância de o cuidado ser algo a ser compartilhado - e não apenas por quem atua na saúde ou em outras áreas do conhecimento, mas por toda a sociedade. Daí o acento multi e transdisciplinar que a abordagem do tema reclama.

Hermes e Lamarca (2013) apontam que o termo "cuidados paliativos" é utilizado para designar a ação de uma equipe multiprofissional a pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. A palavra "paliativa" é originada do latim *palliun* que significa manto, proteção, ou seja, proteger aqueles em que a medicina curativa já não mais acolhe. Segundo o Manual dos Cuidados Paliativos¹, a origem do mesmo se confunde historicamente com o termo "hospice" - abrigos que tinham a função de cuidar dos viajantes e peregrinos doentes. Essas instituições eram mantidas por religiosos cristãos dentro de uma perspectiva caridosa.

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, e redefinidos em 2002, como sendo uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Seus princípios incluem: reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo natural; estabelecer um cuidado que não acelere a chegada da morte, nem a prolongue com medidas desproporcionais (obstinação terapêutica); propiciar alívio da dor e de outros sintomas penosos; integrar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado; oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto (HERMES e LAMARCA, 2013).

Ainda de acordo com os autores acima, os cuidados paliativos devem reunir as habilidades de toda a equipe interdisciplinar, a fim de auxiliar o paciente na adaptação frente às mudanças de vida impostas pela doença, promovendo, assim, a reflexão necessária para o enfrentamento da ameaça à vida dos pacientes terminais.

3.11 Espiritualidade e Religiosidade

É comum que pesquisadores das áreas da sociologia, psicologia, educação e saúde estudem a influência da religiosidade e espiritualidade na vida das pessoas, pois compreende-se que a dimensão espiritual é parte integrante do indivíduo, que forma o todo, que abrange a visão holística que profissionais devem ter para com seus pacientes (NASCIMENTO et al, 2013).

Segundo Melo et al (2015), desde os primórdios da humanidade as manifestações religiosas se fazem presentes e, ainda nos dias de hoje, elas permanecem presentes na vida da maioria das pessoas. A religião é um fenômeno relativo ao desejo de consciência de sua finitude e limitações na busca por responder os seus questionamentos existenciais dando sentido à vida.

“A religiosidade faz com que o homem reflita sobre si mesmo e as suas relações, procurando significados para a sua existência que estão além do mundo objetivo” (MELO et al, p. 451).

Pinto (2009) descreve que a espiritualidade tem relação com a estrutura da personalidade humana, ao passo que religiosidade tem relação com processo desta, e que a religiosidade e a espiritualidade podem ser vistas distintamente, pois existem muitas experiências de profundo sentido espiritual que não têm qualquer conotação religiosa. Portanto, se a espiritualidade é parte integrante da personalidade, a religiosidade é apenas uma parte acessória que necessita de um meio de inserção comunitária e cultural.

Religiosidade implica na relação do ser humano com um ser transcendente, já a espiritualidade, não. Nesse sentido, podemos dizer que a religião é posterior à espiritualidade e uma manifestação dela (PINTO, 2009).

Ainda de acordo com Pinto (2009), a religiosidade pode ser uma fonte de força ou de refúgio para a fraqueza, mas nenhuma dessas possibilidades é boa ou ruim por si mesma, pois como o ser humano tem capacidade para o mal e para o bem, a religiosidade pode ser consoante com a espiritualidade e constituir possibilidade de busca e aprofundamento em si e no mundo, mas paradoxalmente pode ser também fonte de alienação, de fuga do espiritual e de superficialidade existencial.

Conforme Inoue e Vecina (2017) mencionam, a dimensão espiritual de um indivíduo é atribuída ao sofrimento de uma doença e também como meio de esperança frente a esta situação. Sendo assim, as crenças influenciam as pessoas a lidar com

diferentes situações, transmitindo sentimentos como: firmeza, maior aceitação, autoconfiança, adaptação, alegria, satisfação com a vida, maior expectativa de vida, melhor saúde, menor ansiedade e depressão, além de proporcionar bem-estar espiritual e qualidade de vida, reduzindo, assim, o tempo de uma internação hospitalar, por exemplo.

Dal-Farra e Geremia (2010) relatam que a importância da espiritualidade na vida de um indivíduo é algo tão presente que culminou no seu reconhecimento oficial pela Organização Mundial da Saúde - OMS, através da Resolução da Emenda da Constituição de 7 de Abril de 1999. O conceito de saúde que antes era: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” passou a ser: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Para a OMS, o paciente deve ser compreendido em sua totalidade, ou seja, na visão completa de sua saúde, que o aborda em todas as suas dimensões, o que inclui também as questões religiosas e espirituais, que podem repercutir positivamente na situação vivida pelo enfermo e sobre o seu tratamento (DAL-FARRA e GEREMIA, 2010).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Método

A metodologia de pesquisa será de fundamentação teórica de natureza qualitativa bibliográfica e dissertativa, direcionada para uma abordagem da Bioética Clínica e a Ortotanásia com objetivo de fornecer subsídios à área de saúde, no que se concerne à relação médico-paciente na terminalidade de vida.

Para identificar as publicações que compuseram este estudo, realizou-se buscas em biblioteca da Univás e buscas online nos Bancos de dados da Scientific Eletronic Library Online (Scielo), National Center for Biotechnology Information Online (PubMed) e Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram inglês e português, “Bioética”, “Cuidados Paliativos”, “Terminalidade de vida”, “Espiritualidade”, “Ortotanásia” e “Morte”.

4.2 Aspectos Éticos

O trabalho em tela não foi apreciado pela Comissão de Ética, por ser de referencial bibliográfico, não envolvendo consentimento informado por parte de pacientes, em conformidade com a Resolução 46/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

5 DISCUSSÃO

Falar sobre a morte sempre foi um tema incômodo para muitas pessoas, tendo em vista os mistérios e tabus que envolvem o assunto. Porém "o morrer" vem se transformando com o decorrer do tempo e, conforme descrevem Hermes e Lamarca (2013), as novas tecnologias e engenharias têm possibilitado diminuir, minimizar, ou abrandar a dor de indivíduo terminal, por exemplo. Ou seja, a morte tem deixado de ser um episódio, para se tornar um processo, um processo lento.

Antigamente, a morte era tida como algo mais natural, mas agora a morte vem acompanhada com o indivíduo, muitas das vezes internado em unidades de terapia intensiva, invadido por tubos e cercado por aparelhos. Esse modelo de morte, como afirma Menezes (2003), é denominado de morte moderna, que vem acompanhado de um profundo processo de desumanização, através de pulmões de aço, respiradores artificiais, desfibriladores, monitores de funções corporais, aparelhos de diálise, entre outros.

Refletindo sobre isso, pode-se dizer que infelizmente o homem moderno tem vivido como se jamais fosse morrer, já que ele tem ao seu alcance uma tecnologia ampla de cuidados em saúde, que envolve muitos estudos genéticos e de biomedicina; além, é claro, do culto ao corpo, do excesso de atividades físicas e da busca constante pela juventude, que trazem o pensamento de que a vida pode ser prolongada, ou seja, para o homem moderno, a morte se distancia cada vez mais (HERMES e LAMARCA, 2013).

Para Miranda-Sá Junior (2013), na medida em que a medicina avança e que há a possibilidade de salvar e prolongar a vida, são criados novos dilemas éticos complexos, que apontam maiores dificuldades para um conceito mais ajustado da existência humana, pois é através da ciência e da tecnologia que o homem tem buscado, cada vez mais, vencer ou adiar a morte. Contudo, Sanches y Sanches e Seidl (2013) descrevem que quando há o prolongamento da vida, esta pode se tornar muito solitária para o paciente, já que os cuidados médico-hospitalares muitas vezes o excluem do convívio familiar e/ou de outras relações pessoais e sociais

Como se sabe, este prolongamento da vida a todo custo, é definido como Distanásia, que conforme Silva (2018) descreve, é uma prorrogação exagerada da morte do paciente, ou seja, a procrastinação de uma morte inevitável, através de medicamentos e tratamentos fúteis que, por inúmeras vezes, só ocasionam maior sofrimento e tortura física e psicológica ao doente.

Em via inversa a da Distanásia, temos a Ortotanásia, que significa o não prolongamento artificial do processo de morte, além do que, seria o processo natural, feito pelo médico e com o consentimento da família (SILVA, 2018). Porém, um grande problema recai sobre a operacionalização da ortotanásia, ou seja, sobre a fiscalização da legalidade desta prática, através da Resolução 1.805/2006, ela não diz especificamente como esta deve ser realizada, apenas esclarece a conduta médica para ofertar mais dignidade ao que resta da vida humana (CFM, 2006).

Andrade (2011) menciona que a dignidade da pessoa humana deve ser considerada, juntamente com os valores da cidadania, da soberania, do pluralismo político, dos valores sociais do trabalho e da livre-iniciativa, que são pilares do Estado Democrático Brasileiro. Sendo assim, sobre o direito do cidadão referente a determinadas condutas médicas, uma Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº. 1.805/2006, publicada no Diário Oficial da União em 28 novembro de 2006, na Seção I, página 169, resolve:

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.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no *caput* deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar (BRASIL, 2006, p. 169).

De acordo com Lima, Menezes Junior e Brzezinski (2017), relações, ações e reações advindas da sociedade formam, então, o que chamamos de Cidadania, esta que é indispensável para aquelas pessoas que estão em posse dos seus direitos civis e políticos e seus deveres. Tais direitos e deveres são amparados por leis, que representam uma gama de normas e regras sociais a serem cumpridas e que agem com a intenção de oferecer aos cidadãos uma vida mais organizada e agradável.

Para Diniz (2006), toda conduta médica deve ajustar-se às normas éticas e jurídicas e aos princípios norteadores da relação médico-paciente, que requerem procedimentos diagnósticos e terapêuticos concordados em ambas as partes, respeitando, assim, a autonomia do paciente, os termos da justiça, da dignidade, dos valores, crenças e desejos pessoais. É dentro dos princípios da Bioética que o médico deverá exercer um

papel de consultor, conselheiro e amigo, escolhendo a melhor forma de conduzir o caso de enfermidade de seu paciente.

De acordo com Silva (2018), a Bioética aplicada nas atividades médicas contra as enfermidades incuráveis, utiliza basicamente um sistema de freios e contrapesos que assegurem a dignidade da vida humana observando o caráter humano da morte, já que a morte tende a causar muito sofrimento físico e psicológico para o paciente, seus familiares e a comunidade em que ele está inserido.

No contexto deste estudo, a bioética busca evitar abusos ou exageros na manutenção do processo de morte, como o que ocorre na Distanásia. Aqui, há de se discutir sobre a prática da Ortotanásia, que ocorre quando o indivíduo não tem mais chances de sobrevivência, ou seja, aqui, vamos de encontro com a Resolução 1.805/2006 do CFM, que preza a Bioética, pois com os notórios avanços dos tratamentos médicos, os pacientes portadores de enfermidades incuráveis são, por muitas vezes, tratados como objetos, verdadeiras cobaias de técnicas que só aumentarão o sofrimento do paciente e que não o afastará do inevitável, a morte (SILVA, 2018).

A morte é a interrupção definitiva da vida de um organismo, mas se o paciente deseja prolongar o seu sofrimento através da Distanásia, é um direito que o assiste, agora, se do contrário, ele desejar não se submeter a técnicas inúteis por meio da Ortotanásia, ele também deverá ser respeitado, como é descrito no Art. 1º da Constituição Federal da República Federativa do Brasil, que a dignidade deve prevalecer em casos de conflito, como um direito fundamental (BRITO, 2014).

Embora questões de direito à saúde sejam constantemente mencionados, ainda existe desvalorização da figura humana, e é neste sentido que Lopes (2012) descreve que a busca pela valorização do envolvimento entre o médico e o paciente trouxeram para a superfície o debate sobre a importância de mais humanismo na prática médica, de mais direito à cidadania no campo da saúde, ou seja, o médico precisa focar menos na doença, na tomografia, na ressonância magnética e focar mais no doente, que é a razão da sua existência profissional.

Em tempos de grande avanço econômico e tecnológico, nada substitui o tratamento humanizado e nada é mais importante do que a Medicina à beira do leito (LOPES, 2012).

Segundo Gomes et al (2012), a relação médico-paciente é uma interação que envolve confiança, responsabilidade, sinceridade e amor. Sem essa interação verdadeira, não existe Medicina. Contudo, muitas vezes o indivíduo que está doente já procurou

diversos profissionais que, em inúmeros casos, sequer olharam em seu rosto ou apertaram sua mão.

De acordo com Rocha et al (2011), a relação do médico com o paciente mudou com o tempo. Ela é hoje construída espontaneamente, porém sua qualidade depende de esforços e habilidade do profissional de saúde de adequar-se às características subjetivas de cada paciente e da forma de relação que ela foi construída, por exemplo, uma relação médico-paciente pouco comunicativa pode implicar em danos físicos e morais ao doente; além de acusações e punições jurídicas contra médicos, devido ao comportamento mais ativo dos pacientes, que hoje se informam facilmente através da internet sobre a sua patologia e já chegam aos consultórios com algum conhecimento.

Para Nascimento Junior e Guimarães (2003), o conhecimento da importância e do papel da relação médico-paciente na prática médica é um pré-requisito primordial para promover uma melhor compreensão sobre o assunto, pois, entende-se que entre a idealização do papel médico e a realidade da formação profissional, há diferentes graus de sofrimento emocional entre estes dois personagens.

Conforme Ramos-Cerqueira e Lima (2002) apontam, a sociedade contemporânea exige dos profissionais médicos características lógicas e racionais, que dizem respeito não só à sua competência técnica, mas sua capacidade de indiscriminação social, étnica e/ou racial, e de empatia e capacidade de ouvir, ou seja, para o doente a competência técnica não é a qualidade médica mais valorizada pelos pacientes, existem muitos outros fatores que os levam a descreverem um bom médico.

Segundo Pinheiro (2016), a prática médica constitui a obrigação do meio, e não do fim ou resultado. Portanto, um bom médico não deve assumir riscos desnecessários na profissão, pois ele poderá ser responsabilizado por ter contribuído para um resultado negativo referente ao tratamento de seu paciente, pois, a sua conduta decorreu de atos que ofenderam ditames legais, éticos ou morais previamente estabelecidos através do Conselho Federal de Medicina e pelas respectivas normas das Sociedades Brasileiras Médicas.

Para Prestes Junior e Rangel (2007), é dever do médico instruir documentalmente e com muita paciência o prontuário médico, já que é neste documento que deve conter as inúmeras informações sobre a doença e tratamento do paciente, ou seja, o prontuário é a sua prova mãe; aquele que irá respaldar os seus argumentos contra o infortúnio. De forma contrária, a ausência de uma prova documental clara e objetiva, sobre seus atos polêmicos e éticos, poderá levar a uma acusação criminal desnecessária.

Conforme apontam Lui Netto e Alves (2010), o médico, ao exercer a sua profissão, deve seguir com obediência os conceitos éticos permeados na sua atividade, zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão. Para Floriani e Schramm (2008), este conceito de boa morte que trás os cuidados paliativos, tem sido empregado em cenários que requerem certas características, como a morte sem dor, de acordo com os desejos do paciente, no ambiente familiar, sem sofrimentos e em ambiente de harmonia.

Segundo Lima (2019), a filosofia da morte contemporânea é marcada pelo empenho dos profissionais em tornar o fim da vida do paciente em um momento digno, em assisti-lo até seu último suspiro, dar voz ao mesmo, permitir escolhas, principalmente do lugar onde deseja morrer.

De acordo com Lustosa et al (2015), nas situações em que se esgotaram as chances de tratamento, o principal objetivo do cuidado não é adiar a morte, mas tornar a vida mais confortável e digna. Essa modalidade de cuidado intervém com a finalidade de diminuir a sintomatologia desagradável e que exige um conhecimento do médico que vai além do controle de sinais e sintomas e da medicalização para a dor, este deve se preocupar com o trabalho em equipe, com a competência na condução do cuidado e uso de técnicas de suporte, em situações de enfrentamento da morte e do luto por pacientes e familiares.

O controle e o alívio da dor e dos sintomas psicológicos e sociais é direito do indivíduo e dever dos profissionais, que devem adotar estratégias que promovam a diminuição do sofrimento provocado pela doença. Tais estratégias têm sido solicitadas através das Diretivas Antecipadas de Vontade – DAV, que conforme descrevem Monteiro e Silva Junior (2019), estas podem ser definidas como instruções escritas nas quais a pessoa, de forma livre e esclarecida, expõe suas vontades e posicionamentos, com a finalidade de guiar futuras decisões quanto a sua saúde.

Segundo Chehuen Netto et al (2015), as DAV são efetivadas a partir do momento em que há comprovação médica de que o paciente se encontra incapaz de tomar decisões, podendo ser redigidas por todos os indivíduos adultos, independentemente de seu estado atual de saúde. Temos dois tipos de diretivas antecipadas: o mandato duradouro e o testamento vital.

O mandato duradouro corresponde à nomeação, pela pessoa, de alguém de sua confiança para tomar decisões sobre os cuidados de sua saúde, caso ela venha a tornar-se incapaz. O testamento vital é um documento de cunho jurídico, em que o paciente

define a que tipo de tratamento e procedimento médico deseja ser submetido quando a reversão de seu quadro clínico não for mais possível e ele não se encontrar apto a tomar decisões (CHEHUEN NETO et al, 2015).

Portanto, o testamento vital visa incrementar a comunicação entre médicos, pacientes e familiares. Seu objetivo é evitar que familiares decidam contrariamente à vontade do paciente, tendo em vista que podem não estar preparados para tomar decisões sobre a manutenção ou interrupção do tratamento, considerando a instabilidade psicológica e emocional a que possivelmente estarão submetidos (MENDES et al, 2019).

De acordo com Mendes et al (2019), as DAV são mais comumente utilizadas em situações de final de vida ou por pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas. Apesar disso, são válidas também para pessoas em bom estado de saúde, oferecendo a oportunidade de eleger antecipadamente uma pessoa que possa representá-las nas decisões sobre os cuidados de sua saúde, caso venham a se tornar incapazes e discutir situações em que não gostariam de ter suas vidas prolongadas por esforços terapêuticos inúteis.

No Brasil, não há legislação específica sobre esse tema, mas em agosto de 2012, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a Resolução CFM 1.995, a partir da qual os médicos passaram a ser obrigados a respeitar os desejos dos pacientes terminais, exceto nos casos em que houver conflito com os preceitos do Código de Ética Médica (HASSEGAWA et al, 2019).

Para D’Espíndula (2013), a assistência à saúde deve ser exercida de modo a permitir que todos tenham respeitada sua autonomia, o que requer reflexão crítica e ética acerca dos recursos disponíveis. Há que se permanecer atento para que a vulnerabilidade pessoal não venha a se tornar vulnerabilidade social, esta última contendo fatores que levam ao decréscimo do bem-estar de todos, expondo famílias e comunidades a riscos.

Dentro de todo contexto que este estudo apresenta, é importante destacar que todo paciente, de alguma forma, tende a acrescentar muito na vida de um médico. Como profissional da área e inserida no conceito amplo da Bioética através deste programa de mestrado, me deparo com questões, há muito, conflitantes e que, hoje, se dissipam ao conhecer e compreender tantos conceitos bioéticos, que descrevem a ortotanásia como um “morrer com dignidade”. Para o padre e doutor Léo Pessini, este morrer valoriza o respeito à vida humana, que se caracteriza pela negação da eutanásia e da distanásia, conceitos estes que valorizo mais agora.

A ortotanásia nos propicia evitar a obstinação terapêutica quando não há esperança de cura ou melhoras da qualidade de vida da pessoa enferma. Neste caso, todo processo ocorre de maneira natural e no tempo certo. Portanto, a prudência e a ética exigem de nós médicos e familiares, que concordemos com este processo.

Sabe-se que não é fácil aceitar a morte de um ente querido, mas há de se repensar sobre tantos pacientes com doenças terminais que estão entubados em UTIs, por exemplo, e que estão isolados de seus familiares e amigos, quando na verdade seria mais humano ter essas pessoas em casa, morrendo em sua própria cama, cercadas com o amor e zelo dos seus.

No contexto da religiosidade, para muitos cristãos, ninguém pode autorizar a morte de um ser humano, seja ele apenas um embrião ou um doente agonizante, pois tal gesto é uma violação da lei Divina, é uma ofensa à dignidade da pessoa e um crime contra a vida que pertence a Deus.

Portanto, pacientes e familiares que têm este tipo de crença e convicção de fé, acreditam, na maioria das vezes, que a ortotanásia é o meio mais digno de morte, já que se encontra dentro da naturalidade. Sendo assim, os cuidados paliativos, que antecedem a morte, tendem a agir positivamente na prevenção e alívio do sofrimento humano, por meio da identificação precoce da doença, sua avaliação correta e o tratamento da dor.

Cuidados paliativos também ajudam a família a cumprir a sua função cuidadora, a fim de que sua participação no processo de perda seja concluída da forma mais saudável possível e uma boa conversa entre o profissional da saúde, o paciente e a família, pode desvendar muitos anseios, medos e dúvidas presentes nesta fase.

A relação médico-paciente e médico-família, que fora construída neste período, deve ser a mais íntegra e ética possível e para que este vínculo seja verdadeiramente efetivo, é necessário que os profissionais sejam treinados em comunicação terapêutica e também deve haver a desmitificação da ideia de que a família não deve intervir ou que o cuidado é somente para o paciente. Não, não podemos continuar a pensar assim, já que todos estão inseridos neste grande conflito de permitir ou não uma morte breve e sem prolongamentos desnecessários.

Importante ressaltar a Bioética quanto ao princípalismo na decisão pela Ortotanásia perante o paciente, sugerindo os cuidados paliativos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na relação médico paciente, a Bioética Principlista permite estabelecer os limites entre futilidade e utilidade nos casos de terminalidade de vida comprovadamente irreversíveis.

A Ortotanásia promove os cuidados paliativos ao paciente como forma de controle da dor e demais sintomas, visando um conforto físico, emocional e espiritual em seu final de vida. A morte é parte integrante da vida, razão pela qual não deve ser provocada ou acelerada (eutanásia), nem evitada incondicionalmente (distanásia), mas que seja preconizada de forma digna no tempo e no local apropriado (ortotanásia).

Quando não há consenso entre médico, paciente e familiares, o Código de Ética Médica e o direito devem estabelecer os limites para a conduta a ser seguida. O Código de Ética Médica recomenda a Ortotanásia em situações clínicas irreversível e terminal.

Os cuidados paliativos constituem, na contemporaneidade, uma importante questão de saúde pública e exige-se para sua concretização a ação de uma equipe transmultidisciplinar e interdisciplinar de especialistas com competências específicas em termos de cuidados de pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas ou em fase final de vida.

As faculdades de medicina deveriam inserir em suas diretrizes didático pedagógicas a Bioética, com a finalidade de agregar referenciais humanísticos aos avanços técnico-científicos no contexto histórico existencial de situações clínicas terminais irreversíveis.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, E. de O. A Ortotanásia e o Direito Brasileiro A Resolução CFM n. 1.805/2006 e algumas considerações preliminares à luz do Biodireito Brasileiro. *Revista Centro Universitário São Camilo*. v. 5, n. 1, p. 28-34, 2011. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/82/Art03.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2020.
- BATISTA, C. C.; GOLDIM, J. R.; FRITSCHER, C. C. Bioética clínica: ciência e humanidade. *Scientia Médica*, Porto Alegre: *PUCRS*, v. 15, n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1544/1147>> Acesso em: 26 ago. 2019
- BOTTEGA, C.; CAMPOS, L. S. F. de. Considerações sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia e a bioética. *Revista Jurídica da Universidade de Cuiabá*, v. 13, n. 2, p. 39-62, 2011.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina - CFM. *Resolução n. 1.805/2006*. Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de novembro de 2006. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 20 mar. 2020
- BRITO, A. *Você já conhece o “direito ao esquecimento”?*. 2014. Disponível em: <<http://atualidadesdodireito.com.br/aurineybrito/2014/06/09/voce-ja-conhece-o-direito-ao-esquecimento/>>. Acesso em: 22 mar. 2020.
- CHEHUEN NETO, J. A. et al. Testamento vital: o que pensam profissionais de saúde? *Revista Bioética*, v. 23, n. 3, p. 572-82, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/1983-8034-bioet-23-3-0572.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2019
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: *Resolução CFM nº 1.931*, de 17 de setembro de 2009. Brasília: CFM, 2010.
- D’ASSUMPÇÃO, E. A. *Bioética & biociência*. Belo Horizonte: Fumarc, 2002.
- DAL-FARRA, R.A; GEREMIA, C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. *Revista Brasileira em Educação Médica*. v. 34, n. 4, p. 587-97, 2010. Disponível em: Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n4/v34n4a15.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2019

D'ESPINDULA, T. C. de A. S. Judicialização da medicina no acesso a medicamentos: reflexões bioéticas. *Revista Bioética, Brasília*, v. 21, n. 3, p. 438-447, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2020.

DINIZ, M. H. *O estado atual do Biodireito*. 3a Edição, São Paulo: Ed. Saraiva, 2006.

FIGUEIREDO, A. M. de Bioética clínica e sua prática. *Revista Bioética*. V. 19, n. 2; p. 343 – 58, 2011. Disponível em: <http://lume-re-demonstracao.ufrgs.br/analise/files/2011_Rev_de_Bioetica_Figueiredo_Aplicacao_da_etica_aos_casos_clinicos.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2019

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciências da Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2123-2132, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2020

FORTES, P. A. C. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética*. 2, n. 2, p. 129-135, 1994.

GIACOIA JÚNIOR, O. *A visão da morte ao longo do tempo*. Medicina (Ribeirão Preto), v. 38, n. 1, p. 13-19, 2005.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2019

GOMES, A. M. de A. et al. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1101-1119, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300014>. Acesso em: 20 jan. 2020

HASSEGAWA, L. C. U. et al. Abordagens e reflexões sobre diretivas antecipadas da vontade no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, n. 1, p. 256-264, fev. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100256&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2020

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência da Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2020.

HOLANDA, A. B. de. *Dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 5. ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2010.

HOSSNE, W. S.; PESSINI, L. *Dos referencias da Bioética – a espiritualidade*. *Bioethikos*, v. 8, n. 1, p. 11-30, 2014.

INOUE, T. M.; VECINA, M. V. A. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. *Health Sciences Institute Reviews*. v. 35, n. 2, p. 127-30, 2017. Disponível em: <http://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2017/02_abr-jun/V35_n2_2017_p127a130.pdf> Acesso em: 25 ago. 2019

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014.

LEONE, S.; PRIVITERA, S.; CUNHA, J. T. (Coords.). *Dicionário de bioética*. Aparecida, SP: Santuário, 2001.

LIMA, C. A. de S. Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. v. 13, n. 1, jan/mar, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4762.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2019

LIMA, M. E.; MENEZES JUNIOR, A. da S.; BRZEZINSKI, I. *Cidadania: Sentidos e Significados*. Educere. IV Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação. Goiás, 2017. Disponível: <https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/24065_12317.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019

LIMA, M. J. V. *Uma escuta ética do cuidado na morte e no morrer* [recurso eletrônico]. Fortaleza: EdUECE, 2019. Disponível em: <<http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/UMA%20ESCUA%20ETICA%20DO%20CUIDADO%20NA%20MORTE%20E%20NO%20MORRER.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2020

LOPES, A. C. *A importância da Relação Médico-Paciente*. Sociedade Brasileira de Clínica Médica, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.sbcm.org.br/v2/index.php/artigo/2526-a-importancia-da-relacao-medico-paciente>>. Acesso em: 10 set. 2019

LUI NETTO, A.; ALVES, M. R. Responsabilidade Médica. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 75-76, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802010000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2019

LUSTOSA, A. M. et al. Cuidados paliativos: discurso de médicos residentes, *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 25:3, Jul/Set, 2015. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1813>>. Acesso em: 01 abr. 2020

MARQUES FILHO, J. Bioética clínica. *Revista Brasileira de Reumatologia*. São Paulo, v. 44, n. 2, p. 7-9, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042004000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2019

MELO, C. de F. et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*. v. 15, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/17650/13050>>. Acesso em: 22 mar.2020

MENDES, M. V. G. et al. Testamento Vital: Conhecimentos e Atitudes de Alunos Internos de um Curso de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Brasília, v. 43, n. 2, p. 25-31, jun. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 abr. 2020

MENEZES, R. A. *Tecnologia e "Morte Natural": o morrer na contemporaneidade*. Physis, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 367-385, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312003000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2020

MIRANDA-SÁ JR, L. S. de. *Uma introdução à Medicina*. Brasília: CFM, 2013. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/introduo%20e%20medicina_livro.pdf>. Acesso em 22 mar. 2020

MONTEIRO, R. da S. F.; SILVA JUNIOR, A. G. da. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. *Revista Bioética*, Brasília, v. 27, n. 1, p. 86-97, mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000100086&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2020

NASCIMENTO JUNIOR, P. G. do; GUIMARÃES, T. M. de M. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. *Revista Bioética*, n. 11, 2003. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/download/152/15>. Acesso em: 17 set. 2019

NASCIMENTO, L. C. et al. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. *Texto contexto - Enfermagem*. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 52-60, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_07.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2019

PESSINI, L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Loyola, 2001.

_____. *Distanásia: até quando investir sem agredir?* Revista Bioética, v. 4, n. 1, p. 1-11, 2009.

_____. *Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha.* Revista Bioética, v. 24, n. 1, p. 54-63, 2016.

_____. *Eutanásia. Por que abreviar a vida?* In: __. Problemas atuais de bioética. 8ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2007. P. 351-370.

PINHEIRO, R. H. A. *A vulnerabilidade do médico por atos ligados as suas funções.* Conselho Federal de Medicina, 2016. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26427:2016-09-23-14-12-58&catid=46>. Acesso em: 23 set. 2019

PINTO, E. B. Espiritualidade e Religiosidade: Articulações. *Revista de Estudos da Religião.* p. 68-83, dez, 2009. Disponível em: <https://www.pucsp.br/rever/rv4_2009/t_brito.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2019

POTTER, V. R. *Bioethics: bridge to the future.* Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971.

PRESTES JR., L. C. L.; RANGEL, M. Prontuário médico e suas implicações médico-legais na rotina do colo-proctologista. *Revista Brasileira Colo-Proctologia.* Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 154-157, Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802007000200004>. Acesso em: 26 ago. 2019

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; LIMA, M. C. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação,* v.6, n.11, p.107-16, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000200008> Acesso em: 10 set. 2019

ROCHA, B. V. et al. Relação Médico-Paciente. *Revista do Médico Residente.* v.13, n.2, p. 114-118, 2011. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/8/13>>. Acesso em: 11 set. 2019

SANCHEZ y SANCHES, K. M.; SEIDL, E. M. F. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. *Interface (Botucatu),* Botucatu, v. 17, n. 44, p. 23-34, mar, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a03v17n44.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2019

SANTANA, J. C. B. et al. Ortotanásia: uma visão multidisciplinar acerca do morrer com dignidade. *Revista de Enfermagem*. v. 17, n. 1, jan/abr, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12790/10008>>. Acesso em: 26 ago. 2019

SEVERINO, A. J. *Educação e ética no processo de construção da cidadania*. In: CLAUDINEI, J. L.; GUERGEN, P. (Org.). *Ética e educação*. Campinas: Autores Associados, 2005.

SILVA, E. M. da. *A Ortotanásia e o direito de morrer a luz do princípio da dignidade da pessoa humana*. 2018. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/69887/a-ortotanasia-e-o-direito-de-morrer-a-luz-do-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana>>. Acesso em: 13 fev. 2020

SILVA, J. A. C. da, et al. Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular. *Revista Bioética*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 358-366, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2020

SIQUEIRA, J. E. de. Reflexões éticas sobre o cuidado na terminalidade da vida. *Bioética*, v. 13, n. 2, p. 37-50, 2005. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/106>. Acesso em: 13 fev. 2020

SIQUEIRA, J. E.; ZOBOLI, E.; KIPPER, D. J. (Orgs.). *Bioética clínica*. São Paulo: Gaia, 2008.

SOARES, A. M. M.; PINHEIRO, W E. *Bioética e biodireito: uma introdução*. São Paulo: Loyola; 2006.

SOUZA, V. T. *Bioética, Espiritualidade e a Arte de Cuidar na Relação Médico Paciente*. Uma interação da bioética com a tecnologia. Curitiba: Editora Prismas, 2015.

VIDAL, M. *Eutanásia: Um desafio para a consciência*. Aparecida, SP: Santuário, 1996.

VILLAS-BÔAS, M. E. *A ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro*. *Revista Bioética*, v. 16, n. 1, p. 61-83, 2008.