Ortotanásia: o caminho do meio[1]

Ortotanasia: el camino medio

Orthotanasia: the middle way

Camila Pires de Almeida de Luca[2]
Mestranda, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil
ORCID: https://orcid.org/0009-0007-3335-7195

Bruno Chancharulo de Barros[3]
Mestre, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil
ORCID: https://orcid.org/0009-0001-7306-5839

RESUMO: **Contextualização:** A ortotanásia, prática que permite a morte natural de pacientes em estado terminal, é um tema relevante nas discussões sobre cuidados paliativos e ética médica, especialmente no Brasil e em Portugal. Este estudo investiga as contradições e resistências que cercam sua implementação no Sistema Único de Saúde e no Serviço Nacional de Saúde, destacando a ambiguidade legislativa e a diversidade de opiniões entre profissionais de saúde e a sociedade civil. **Objetivos:** Os objetivos incluem a análise das legislações pertinentes, a identificação das percepções de profissionais e da sociedade, e a proposição de diretrizes para a prática ética da ortotanásia. **Método:** A pesquisa, de caráter exploratório e descritivo, utilizou levantamento bibliográfico e entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** Os resultados indicam uma falta de consenso sobre a ortotanásia, com profissionais expressando insegurança legal e a sociedade apresentando compreensão limitada do tema. **Conclusão:** Conclui-se que a implementação eficaz da ortotanásia requer esclarecimento legislativo e educação, além de diretrizes claras que promovam o respeito à autonomia do paciente e à dignidade no processo de morte.

Palavras-chave: Ortotanásia. Cuidados Paliativos. Ética Médica. Terminalidade. Autonomia do Paciente.

***RESUMEN**: **Contextualización:** La ortotanasia, la práctica que permite la muerte natural de pacientes en estado terminal, es un tema relevante en las discusiones sobre cuidados paliativos y ética médica, especialmente en Brasil y Portugal. Este estudio investiga las contradicciones y resistencias que rodean su implementación en el Sistema Único de Salud y en el Servicio Nacional de Salud, destacando la ambigüedad legislativa y la diversidad de opiniones entre los profesionales de la salud y la sociedad civil. **Objetivos:** Los objetivos incluyen el análisis de las legislaciones pertinentes, la identificación de las percepciones de los profesionales y de la sociedad, y la proposición de directrices para la práctica ética de la ortotanasia. **Método:** La investigación, de carácter exploratorio y descriptivo, utilizó revisión bibliográfica y entrevistas semiestructuradas. **Resultados:** Los resultados indican una falta de consenso sobre la ortotanasia, con profesionales que expresan inseguridad legal y una sociedad que presenta una comprensión limitada del tema. **Conclusión:** Se concluye que la implementación eficaz de la ortotanasia requiere una clarificación legislativa y educativa, además de directrices claras que promuevan el respeto a la autonomía del paciente y a la dignidad en el proceso de la muerte.*

***Palabras Clave**: Ortotanasia. Cuidados Paliativos. Ética Médica. Terminalidad. Autonomía del Paciente.*

[1] Esse trabalho foi apresentado originalmente no VI Congresso Internacional de Direito da Saúde e XII Congreso Iberoamericano de Derecho Sanitario, realizado em 16, 17, 18 e 19 de outubro de 2024 na Universidade Santa Cecília (UNISANTA). Em função da recomendação de publicação da Comissão Científica do Congresso, fez-se a presente versão.

[2] Mestranda do Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas da Universidade Santa Cecília. Advogada. Sócia Fundadora de Escritório Especializado em Assessoria Técnica Judicial em Perícias Médicas com atuação em todo Estado de São Paulo. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1289500223070177 E-mail: camila.almeida@uol.com.br

[3] Mestre pelo Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas da Universidade Santa Cecília. Pós-Graduando do Programa lato sensu em Direito Público na Faculdade Legale. Pós-graduando em Direito Registral e Notarial da Faculdade Unitá – UNITA. Aprovado no XXVIII Exame da OAB. Autor do Livro "Democracia no SUS" pela Editora Dialética. Graduado em Direito pela Universidade Paulista. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9288839557030159. E-mail: bruno_chancharulo@hotmail.com

DOI: 10.5281/zenodo.14536884

ABSTRACT: ***Contextualization:*** *Orthothanasia, the practice that allows for the natural death of terminally ill patients, is a significant topic in discussions on palliative care and medical ethics, particularly in Brazil and Portugal. This study investigates the contradictions and resistances surrounding its implementation in the Brazilian Unified Health System and the National Health Service, highlighting legislative ambiguities and the diversity of opinions among healthcare professionals and civil society.* ***Objectives:*** *The objectives include analyzing relevant legislation, identifying perceptions among professionals and society, and proposing guidelines for the ethical practice of orthothanasia.* ***Method:*** *This exploratory and descriptive research utilized bibliographic reviews and semi-structured interviews.* ***Results:*** *The results indicate a lack of consensus on orthothanasia, with professionals expressing legal uncertainty and society demonstrating limited understanding of the subject.* ***Conclusion:*** *It is concluded that the effective implementation of orthothanasia requires legislative clarification, education, and clear guidelines that promote respect for patient autonomy and dignity in the dying process.*

Keywords: *Orthothanasia. Palliative Care. Medical Ethics. Terminality. Patient Autonomy.*

Introdução

A ortotanásia, entendida como a prática de permitir a morte natural de pacientes em estado terminal, tem ganhado destaque nas discussões sobre ética médica e cuidados paliativos, especialmente no contexto brasileiro e português. Este estudo visa explorar as nuances dessa prática, abordando as legislações pertinentes, as percepções de profissionais de saúde e da sociedade civil, e as implicações éticas envolvidas.

Para a realização deste estudo, foi adotada uma abordagem metodológica exploratória e descritiva. A coleta de dados foi realizada por meio de levantamento bibliográfico e documental, que incluiu a análise de legislações, diretrizes éticas e artigos científicos disponíveis em meio físico e digital. Em particular, foi utilizado um artigo científico que incorporou entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde, permitindo uma compreensão mais aprofundada das percepções e experiências relacionadas à ortotanásia.

A análise dos dados coletados foi realizada de forma qualitativa, buscando identificar padrões e temas recorrentes nas respostas dos entrevistados, bem como nas fontes documentais. A extração de informações relevantes foi feita com base em critérios de inclusão que priorizaram a atualidade e a relevância dos documentos, assegurando que as discussões refletissem o estado atual do conhecimento sobre a ortotanásia e suas implicações na prática clínica.

Este estudo pretende contribuir para o entendimento da ortotanásia como prática clínica, promovendo um diálogo mais amplo sobre a dignidade e a autonomia do paciente no processo de morte.

1 Definição histórica da ortotanásia

A construção do conceito da ortotanásia como o caminho mediano entre as práticas extremas perante a terminalidade, como a eutanásia e a distanásia, é recente dentro da história humana.

A eutanásia (Eu + thánatos), vem desde a Grécia Antiga e significa “boa morte” ou “morte sem dor”, sendo proposto por Souza e Gouveia (p. 01; 2012) *apud* Francis Bacon em 1623, na sua obra *‘História vitae et mortis’*, como sendo “o tratamento adequado das doenças incuráveis”.

DOI: 10.5281/zenodo.14536884

Na antiguidade, a prática por vezes se destinava a eliminar pacientes sem perspectiva de cura e que colocariam em risco o desenvolvimento pleno do Estado e de sua família, ou ainda que colocariam em risco a população saudável. Neste sentido Platão, no seu livro a República, apoia a eliminação de pessoas atingidas pela velhice, enfermidade ou alguma condição que a incapacitasse para as funções cotidianas.

Ainda na antiguidade, Sócrates e Epicuro defenderem o direito do paciente de ceifar a própria vida diante de uma patologia que lhe trouxesse extrema dor ou limitasse de forma significativa sua qualidade de vida (Batista e Schramm; 2004, p. 9). Já Aristóteles, Pitágoras e o pai da medicina Hipócrates condenavam a prática de qualquer atitude que pudesse abreviar a vida, sendo a defesa deste último, ecoando ainda no juramento de conclusão do curso médico feito em seu nome, por Souza e Gouveia (2012, p. 02) *apud* Hipócrates II *"*eu não darei qualquer droga fatal a uma pessoa, se me for solicitado, nem sugerirei o uso de qualquer uma deste tipo**".**

Com o advento do cristianismo, nos primeiros séculos de sua existência, a igreja passou a condenar a usurpação da maestria da vida e da morte de Deus, excluindo dos ritos eclesiásticos aqueles que a praticavam (Souza e Gouveia; 2023, p. 06).

No período renascentista, um de seus maiores expoentes, Thomas More, com a publicação de sua obra referência "Utopia" previu a prática da eutanásia consentida como elemento essencial da sociedade ideal, mas destacando a primazia da vontade do paciente (Lepargneur; 1999, p.01).

Já no século XX, o médico francês Binet Sanglé, através de sua obra intitulada "O direito de morrer" de 1919, admitiu a necessidade de previsão legal para a prática, sugerindo que um órgão judicial multidisciplinar e colegiado formado por um médico, um psicólogo e um jurisconsultor, quando então deveria haver uma avaliação específica do caso concreto e suas especificidades (Souza et al.; 2012, p. 07).

Para se adentrar com eficiência na conceituação da ortotanásia, essencial o enfrentamento do conceito de terminalidade e das modalidades hoje existentes que compõe a prática da assistência à morte.

De forma geral, define-se o paciente portador de doença terminal quando se esgotam as possibilidades terapêuticas para o restabelecimento das suas condições de saúde, além do prognóstico para o desfecho clínico morte próxima e inevitável.

Buscando uma definição técnica e objetiva, define-se o paciente terminal como aquele que apresenta uma condição irreversível, independentemente de receber tratamento, e que possui alta probabilidade de falecer em um curto período, usualmente entre três e seis meses (Kipper, 1999, p. 01).

Há, ainda, a previsão específica para o paciente em estágio mais avançado da terminalidade, denominado enfermo em cuidados de fim de vida, cujo prognóstico indica uma sobrevida estimada entre 72 horas e uma semana antes do óbito (Lima et al., 2015, p. 32) (Lima et al.; 2015, p.32).

Esta definição é frequentemente utilizada em oncologia e outras especialidades médicas, levando em conta a história natural da doença, a avaliação prognóstica e seu impacto sobre o estado funcional do doente.

Antes de se aprofundar nas condições clínicas dos pacientes em estado de terminalidade avançada, é importante destacar os sinais que indicam a progressiva perda

DOI: 10.5281/zenodo.14536884

de funções neurológicas e físicas. Esses pacientes apresentam uma significativa deterioração das respostas motoras e cognitivas, com uma notável ausência de reações voluntárias ou conscientes a diversos tipos de estímulos. Além disso, a capacidade de compreensão e de expressão verbal também é comprometida, evidenciando o avanço da condição neurológica. Embora algumas funções básicas do tronco cerebral e do hipotálamo permaneçam preservadas, permitindo a manutenção de funções vitais com o suporte de cuidados médicos e de enfermagem, muitos dos reflexos cranianos e espinais podem estar apenas parcialmente presentes, caracterizando o quadro clínico de pacientes nessa fase. Neste sentido, destaca ainda Kipper (1999, p. 01), que o paciente terminal não pode ser equiparado ao paciente em estado vegetativo cujo diagnóstico segue critérios específicos que envolvem a ausência

> [...] de respostas comportamentais sustentadas, reproduzíveis, propositais ou voluntárias a estímulos visuais, auditivos, táteis ou nocivos, ausência de compreensão ou expressão verbal, estado de acordar intermitente, preservação das funções do hipotálamo e do tronco cerebral, para permitir a sobrevivência com cuidados médicos e de enfermagem, incontinência fecal e vesical e a preservação variável de reflexos dos nervos cranianos (pupilar, óculo cefálico, corneal, vestíbulo-ocular e de engasgo) e espinais.

No entanto, defende Gutierrez que as tecnicidades previstas em literatura médica que buscam definir a terminalidade sob o ponto de vista científico, objetivando a adoção de diretrizes terapêuticas eficazes e protocolares, trazem uma análise quantitativa (Gutierrez; 2001, p.92), deixam de lado a perspectiva qualitativa inerente às ciências humanas e consequentemente o aspecto individual da terminalidade e a subjetividade de cada caso.

De fato, o aumento da capacidade de intervenção da medicina no processo de evitar o momento da morte não veio acompanhado de uma reflexão aprofundada acerca do impacto desses avanços na vida do paciente terminal. O mister da consciência e o conceito de terminalidade trazem definições de acordo com o sujeito que o define, variando na perspectiva do paciente, da família e da equipe clínica.

Assim, no caso da prática da ortotanásia, a terminalidade, para ser enfrentada a contento, deve considerar a efetiva subjetividade de cada caso sob o aspecto humano. Isto porque, individualmente, cada caso apresenta sua universalidade, e esta universalidade também é justaposta com os conceitos de sua família e da equipe clínica que conduz o seu tratamento.

Não defende-se, no entanto, o desprezo às conquistas científicas já alcançadas no que tange a definição de critérios, sejam eles clínicos (exames em geral), evolução de casos análogos, as condições biológicas particulares do paciente (como idade, doenças de base etc.), mas sim sobrepesar as duas frentes na busca de uma conceituação mais precisa, uma análise eficiente da melhor conduta a partir da constatação do início do fim, para então tornar menos arbitrária esta linha divisória entre a vida e a morte (Quintana et al..; 2015, p. 32).

Apresenta-se como critério plausível para o "dies a quo" do término, o consenso entre o paciente, família e equipe clínica de que as práticas terapêuticas restaurativas não são mais eficazes e trazem sofrimento ao paciente e aos familiares, sendo assim facultado àqueles legítimos por lei as interromperem.

DOI: 10.5281/zenodo.14536884

2 Modalidades de assistência ao paciente terminal

Constatada a terminalidade, a doutrina define os seguintes caminhos da conduta médica*:* Eutanásia (Voluntária e Involuntária), Suicídio Assistido, Distanásia e Ortotanásia**.**

O conceito atual de eutanásia, em sentindo estrito, é entendido como a abreviação da morte de pacientes em estágio terminal, subdividida em Eutanásia Voluntária, que se opera com o consentimento do paciente, medicamentos ou procedimentos administrados para levar a morte do paciente, licita e admitida em vários países, e a Eutanásia Involuntária, quando a administração de medicamentos e ou procedimentos que levam o paciente a morte não é operada ou consentida pelo paciente, ilícito consagrado em todo mundo.

Já o conceito de suicídio assistido, explica Castro (2016, p. 04), consiste na hipótese de que pacientes "recebam medicações em doses letais, por meio de autoadministração voluntária, expressamente prescrita por um médico para essa finalidade".

Já a distanásia ou *"*Morte Disfuncional*"*, é definida por Silva et al.. (2022, p. 02), como o uso exagerado de tecnologias médicas no prolongamento da vida de um paciente em estado crítico.

Verifica-se assim, a aplicação obsessiva de procedimentos terapêuticos em pacientes que não serão salvos, de modo que o malefício exceda o benefício.

Adentrando o tema, a Ortotanásia - palavra derivada do grego orthothanasia, (*ortho*) que é correto e (*Thánatos*), que na mitologia grega era a personificação da morte, traduz-se como a *morte correta* (Villas-Boas; 2008, p. 61-83)

Dessa forma, o indivíduo em estágio terminal é direcionado pelos profissionais envolvidos em seu cuidado para uma morte sem sofrimento, que dispensa a utilização de métodos desproporcionais de prolongamento da vida.

A finalidade primordial é não promover o adiamento da morte, sem, entretanto, provocá-la; é evitar a utilização de procedimentos que aviltem a dignidade humana na finitude da vida. É definida ainda por Pessini (2007, p.32), como "a arte de bem morrer".

3 A história na legislação brasileira

No Brasil pré-Colonial, há relatos da prática da abreviação da vida entre os povos indígenas que a praticavam diante de uma enfermidade e uma invalidez que colocasse em risco o desenvolvimento das atividades cotidianas da tribo (Souza e Gouveia; 2023, p. 08).

Já no início da colonização portuguesa, observou-se a prática entre aqueles acometidos por tuberculose, cujo tratamento à época era então desconhecido (Souza e Gouveia; 2023, p. 08).

Para os tempos contemporâneos, o tema foi enfrentado no direito penal brasileiro sob o arrimo de delito privilegiado (artigo 121, §1º - eutanásia ativa) ou do crime de omissão de socorro (artigo 135 – eutanásia passiva) (Villas-Bôas; 2008, p.04).

DOI: 10.5281/zenodo.14536884

No final do século XX, em 1996 o Senador Gilvam Borges (MDB/AP) apresentou à casa legislativa o projeto de lei 125/96, que admitia procedimentos de eutanásia no Brasil, com a seguinte ementa e indexação:

> Descrição/Ementa:
>
> AUTORIZA A PRATICA A MORTE SEM DOR NOS CASOS EM QUE ESPECIFICA E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.

Neste projeto, preceituou-se que a eutanásia fosse permitida desde que uma junta de cinco médicos atestasse a inutilidade do sofrimento físico ou psíquico do doente.

Ainda previa esta tentativa de regulamentação que o próprio paciente deveria requisitar a prática e, na ausência de consciência, a decisão caberia a seus parentes próximos.

O projeto não ultrapassou, dentro da própria casa, a comissão de constituição e justiça, que decidiu sumariamente pelo arquivamento.

Ainda naquela década, em 1997, formada a Comissão de Reforma do Código Penal, houve a tentativa de regulamentar legalmente a eutanásia no Brasil, através do anteprojeto da parte especial do Código Penal (artigo 121, § 3º), que também não chegou a ser concretizado.

Finalmente, a resolução 1.805/06 do Conselho Federal de Medicina e na Lei Estadual nº. 10.241/99 do Estado de São Paulo – Lei Covas, definiu com bastante clareza a legalidade da prática chamada ortotanásia, ao assim definir:

> "Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. (Conselho Federal de Medicina, p.169; 2006)."

A constitucionalidade da norma foi questionada por meio da Ação Civil Pública n.º 2007.34.00.014809-3, ajuizada pelo Ministério Público Federal do Distrito Federal.

A referida ação tramitou perante 14ª Vara Federal do Distrito Federal. Liminarmente, a resolução foi suspensa, no entanto, em dezembro de 2010, foi proferida sentença naqueles autos quando o magistrado, revogou a liminar e reconheceu a constitucionalidade da Resolução CFM 1805/06.

Durante o trâmite deste concentrado controle de constitucionalidade, o Conselho Federal de medicina aprovou o novo Código de Ética Médica, em 24 de setembro de 2009, no qual oportunamente, estabeleceu, entre seus princípios fundamentais (CFM, 2010):

> "Diante de situações clínicas irreversíveis e terminais o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sobre sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados."

Previu ainda o parágrafo 2º do artigo 61 do Código de Ética Médica, que o médico assistente não deveria abandonar seu paciente "por ser este portador de moléstia crônica ou incurável", mas sim, "continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico".

DOI: 10.5281/zenodo.14536884

No Brasil, a discussão acerca desse tema coloca em conflito três importantes direitos previstos pela Constituição Federal de 1988, o direito à vida, à dignidade da pessoa humana e o direito à autonomia da vontade.

4 A abordagem médica

Constatada a terminalidade, o início do processo pode ser solicitado pelo médico assistente, pelo médico chefe da unidade ou por solicitação do paciente - ou, na impossibilidade desse, por seu representante legal (Gutierrez; 2001, p. 92).

Invoca-se primeiramente em relação ao médico assistente, o art. 21 do Conselho de Ética Médica que garante ao médico o direito de indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país. Ademais, a Resolução nº. 1.805/06, trata o ato de "limitar ou suspender procedimentos e tratamentos", como atos intrínsecos à prescrição médica.

Neste sentido defende Kipper (2009, p.02), que o processo deve seguir os seguintes passos: certeza do diagnóstico; a certeza do prognóstico; conduta *standard* da comunidade científica em casos semelhantes; legalidade da conduta proposta; respeito à autonomia do médico assistente; desejo do paciente ou seu representante; norma da instituição de saúde; sentimento emanado do restante da equipe de saúde, especialmente da enfermagem; expectativa da sociedade, especialmente da comunidade a qual pertence o paciente. Além do mais, quando existirem dilemas éticos, podem ainda ser escutado os comitês de bioética, se disponíveis.

a) O paciente

Com relação ao paciente, a partir da contemplação da ortotanásia dentro da normativa nacional, o Conselho Federal de Medicina avançou o tema apresentando a Resolução n. 1.995/2012 e reconhecendo o “direito” à morte digna aos pacientes terminais, encarando aspectos éticos da realização da ortotanásia no Brasil e criando diretivas antecipadas da vontade do paciente, instrumento aliado à sua efetiva concretização, que pode ser adotado em qualquer momento da trajetória terminal, também consagrada por Luciana Dadalto como Testamento Vital (Dadalto; 2021, p. 27).

Trata-se do exercício da autonomia de vontade do paciente, que define diretrizes para seus futuros tratamentos, considerando sua enfermidade, e as condições terapêuticas, e respectivos prognósticos, disponíveis, que deverá sempre ser iluminado pelas condições necessárias para a validade do ato jurídico, prevista no código civil, quais sejam agente capaz, objeto lícito possível determinado ou determinável e forma prescrita ou não defesa em lei.

b) A vontade dos familiares

Consagradas as prerrogativas do médico e do paciente entro das normas vigentes no país, traz-se a problemática daqueles que estão à margem da relação jurídica presente, mas sujeitos centrais futuros após o advento do óbito: os familiares.

Já é de conhecimento bastante amplo a obra de Kübler-Ross (1987, p. 29), sobre os estágios pelos quais passam pacientes terminais: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Ocorre que estes estágios não acontecem apenas no paciente, mas também há o impacto em seus familiares.

DOI: 10.5281/zenodo.14536884

c) O papel da enfermagem

A proximidade com o paciente e sua família trazem a este profissional o papel de mediador entre a conduta eleita pelo médico e a conduta almejada pela família e aquela desejada pelo paciente.

Assim, possui papel fundamental a equipe de enfermagem no ajustamento de seus interesses aos da pessoa colocada sob seus cuidados, orquestrar o exercício da autonomia e autodeterminação de todos os envolvidos.

Neste sentido, auxiliando com informações verdadeiras, compreensíveis e confiáveis que lhe proporcionem apoio emocional e confiança, explicando detalhadamente para a família o quadro e se há possibilidades de tratamento, mostrando sempre os prós e os contras de cada decisão.

Tendo a negação, o papel que inaugura a psiquê do paciente, uma relação sincera com o paciente sobre seu tratamento trará menos dificuldades em encarar as fases da terminalidade.

Outrossim, a partir do momento em que a morte é vista como fato natural pela equipe de saúde, a família do paciente consegue assimilar como algo inevitável, a aceitação da ortotanásia vem como consequência, favorecendo assim à morte digna.

Igualmente, o cuidado e a atenção constante, bem como a batalha na neutralização da dor trazem a sensação de acolhimento, mitigando os efeitos da sensação de solidão, constante companheira do paciente no momento do seu passamento.

5 Legislação Portuguesa: sob a ótica da ortotanásia

O maior desafio dos Cuidados Paliativos é a informação, tanto para os profissionais da saúde, dos gestores, além dos integrantes do poder judiciário e a sociedade civil brasileira e portuguesa. A ignorância difundida sobre a temática, tornam as CPs ligados as ideias de eutanásia confundida com a ortotanásia. Neste sentido, Geraldo Evangelista Lopes (p. 70, 2019), aponta:

> António Pereira Coelho, ex-membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da vida e Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa, afirmou, durante o programa "Flash 7 Dias" da RTP internacional (Rádio e Televisão Portuguesa), em março de 2016, ter assistido a casos de eutanásia, no meio hospitalar, durante sua vida profissional. Mesmo argumentando que tais práticas pertenciam a casos extemos [....], sua declaração provocou protestos na ocasião, em especial, da Ordem dos Médios (OM), que entendeu a fala de Pereira Coelho como pertencente à distanásia [...].

De acordo com o Direito Constitucional de Portugal, o direito à vida assume particular importância e dele decorrem todos outros. O Código Penal Português (CPP) orienta que os bens jurídicos ao corpo e a saúde de uma pessoa são disponíveis a seu titular. Todavia, por outro lado, o direito à vida, que é fundamentada no artigo 24 da Constituição da República de Portugal (CRP), pressupõe que o titular o respeite e nem lhe seja concedida a disposição dela. Brito e Rijo (p. 399; 2000), explicam que direito à vida não é o direito da pessoa sobre ela mesma, ou seja, lhe permitindo dispor sobre si mesma, se não, legitimaria o suicídio, embora já tenha sido despenalizado pelas leis Portugal (Lopes; 2019, p.72).

DOI: 10.5281/zenodo.14536884

Há resistência pelo Estado brasileiro de discutir sob qualquer aspecto o tema "morte" ou "boa morte" e, por consequência, não havendo quase espaço para o debate desses temas e outros aspectos relacionados, no entanto, ainda assim, o Brasil prevê a pena de morte em casos específicos (CFRB).

Notadamente, no Estado de Portugal, entende-se que, mesmo em estado de sítio ou estado de emergência ou, ainda, quando há declaração de guerra, não se pode abdicar de manter a vida e a dignidade humana integralmente, ou seja, as garantias dos direitos fundamentais devem prevalecer (Lopes; 2019, p.72).

A dignidade da pessoa humana, a não discriminação, a inviolabilidade da vida e outras inúmeras garantias e direitos tem fundamento na Constituição da República Portuguesa, em sua máxima plenitude. Pode-se constatar com a simples leitura dos artigos, além das demais legislações pertinentes.

Pode-se notar que o ordenamento Constitucional de Portugal, prioriza a dignidade da pessoa humana e o respeito aos direitos em sua máxima, uma vez que é uma base se sustentação na Constitucionalidade Portuguesa, por exemplo:

> art. 1º (República Portuguesa) Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária.
>
> art. 24º (Direito à vida) 1. A vida humana é inviolável. 2. Em caso algum haverá pena de morte. art. 25º (Direito à integridade pessoal) 1. A integridade moral e física das pessoas é inviolável. 2. Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanas.
>
> art. 26º (Outros direitos pessoais)
>
> 1. A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à protecção legal contra quaisquer formas de discriminação.
>
> 2. A lei estabelecerá garantias efectivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias.

Destarte, as garantias previstas na CRP são reiteradas inúmeras vezes na Legislação Constitucional e Infraconstitucional de Portugal. Neste contexto, expressam também garantias legais que promovem respeito ao desejo da pessoa, sendo assegurado o direito de decidir sobre receber ou recusar cuidados médicos, conforme dispõe a Lei nº. 48/90 – Lei de Bases da Saúde, com a seguinte redação *"*Base XIV (Estatuto dos utentes) 1- Os utentes têm direito a: [...] b) Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição em lei".

Nota-se que o Código dos Médicos (Regulamento nº. 14/2009), estabeleceu que em seus princípios basilares à vida desde o seu início, o respeito à dignidade no fim da vida e a vedação de qualquer suporte ou auxílio ao suicídio, eutanásia e distanásia. Observe-se que há uma reiteração do Código Deontológico dos Médicos com a Carta Constitucional Portuguesa, ou seja, estampou o compromisso da plena garantia de inviolabilidade da vida e respeito à vontade do doente. Todavia, introduz o acompanhamento por meios de cuidados paliativos, visando dar alívio ao sofrimento e qualidade em situações em que não é mais viável que a medicina reverta o quadro clínico crítico do paciente (Lopes; 2019, p. 74).

DOI: 10.5281/zenodo.14536884

> art. 55º (Princípio Geral) O médico deve guardar respeito pela vida desde o momento do seu início. art. 57º (Princípio Geral)
>
> 1 - O médico deve respeitar a dignidade do doente no momento do fim da vida.
>
> 2 - Ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia.
>
> art. 58º (Cuidados paliativos):
>
> 1 – Nas situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural, o médico deve dirigir a sua acção para o bem-estar dos doentes, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício.
>
> 2 - Os cuidados paliativos, com o objectivo de minimizar o sofrimento e melhorar, tanto quanto possível, a qualidade de vida dos doentes, constituem o padrão do tratamento nestas situações e a forma mais condizente com a dignidade do ser humano.

Nesse mesmo diploma legal, dispõe que é dever do médico fornecer informações adequadas sobre a doença e os respectivos tratamentos disponíveis (art. 44 nº. 1 e art. 50 nº. 1). Além disso, ainda, é dever do médico, caso as decisões familiares do paciente sejam conflitantes, o dever de requerer suprimento judicial (art. 46 nº. 6), ou seja, é uma clara demonstração que é o desejo do doente que estará em primeiro lugar, o seu bem-estar para o fim de vida.

Por outro lado, a Legislação Penal Portuguesa se destaca sobre a mesma importância de inibir e criminalizar quaisquer atos contrários a preservação da vida. O Código Penal prevê que mesmo com o pedido expresso do doente para que lhe seja abreviada a vida, não se vislumbra o acolhimento da exclusão de ilicitude prevista no item "d" no nº. 2 do art. 31 do CPP, pois não lhe é concedido o direito de dispor de sua vida, uma vez que o bem jurídico tutelado seria lesado, ou seja, nem mesmo seu titular com enfermidade terminal há o direito de dispor dela. (Lopes; 2019, p.75).

O Código Penal Português, dispõe também sobre os crimes contra a liberdade pessoal (Capítulo IV, art. 156), que penaliza intervenções e tratamentos médicos-cirúrgicos arbitrários, ou seja, sem o consentimento do paciente. O artigo 157 impõe o esclarecimento ao paciente como requisito para que o consentimento seja considerado válido.

A ortotanásia, pelo que se compreende do ordenamento português, há duas exigências, sendo elas: o esclarecimento do paciente, como a segurança que ele entendeu as circunstâncias da própria condição de saúde e; o seu consentimento, livre e esclarecido, sobretudo, com relação aos procedimentos médicos decididos a partir disso (Lopes; 2019, p.78).

6 SUS e Ortotanásia

No contexto brasileiro, tal prática não é regulamenta, embora seja permitida. Vale destacar que a inclusão da ortotanásia na legislação brasileira continua sendo pauta de debates, tendo uma parcela considerável de defensores de sua legalidade. É importante frisar que houve inúmeras tentativas de inclusão dessa legislação no país, como por exemplo, a reforma do Código Penal Brasileiro em 1984, no art. 121, § 4º e; da publicação

DOI: 10.5281/zenodo.14536884

da Resolução nº. 1.805/06 do Conselho Federal de Medicina (CFM), em novembro de 2006, com fulcro no dispositivo do art. 1º, Inciso III, da Constituição Federal, todavia, sendo estas, negadas e suspensas (Barbosa et al..; 2023, p. 05).

Desse modo, a partir de 2010, houve a decisão expressa em reunião da plenária do CFM, o Código de Ética Médica passou a contar com artigo específico relacionado a ortotanásia (art. 14), reafirmando a proibição ao profissional médico de tornar breve a vida do paciente, mesmo que a pedido dele ou de seu representante legal. Por outro lado, a atualização do documento declara que em casos que o paciente está acometido de enfermidade incurável ou terminal, é dever do médico propiciar todos os cuidados paliativos disponíveis, a fim de proporcionar conforto, portanto, evitando assim, o uso de medidas diagnósticas ou terapêuticas inúteis (Barbosa et al.; 2023, p. 05).

Neste sentido, a posição do CFM e a normatização da CEM orientaram aos médicos, acerca dos requisitos mínimos para execução da prática, portanto, a partir da sua publicidade foram estipulados os limites de seu exercício. E, na hipótese do doente em fase terminal, a decisão visa limitar ou mesmo suspender métodos terapêuticos que objetivam o prolongamento da vida, à vista disso, considerando a vontade do paciente ou de seu representante legal (Barbosa et al.; 2023, p. 05).

Apurou-se em pesquisa realizada em 2020, na Unidade de Terapia Intensiva do Campo Grande-MS, com o objetivo de investigar o conhecimento sobre a eutanásia, distanásia e ortotanásia, Barbosa et al. (2023, p. 06) indica:

> [...] verificaram que o desconhecimento dos termos pelos médicos resultos (sic) em decisões distorcidas que resultam em falhas na decisão de conduto que são convertidas em medidas que geram padecimento da equipe e do paciente.

Verificou-se também, em um estudo de coorte realizado entre 150 anestesiologista com o objetivo de avaliar o conhecimento dos institutos da distanásia e ortotanásia, constatou que a maioria destes profissionais afirmaram não ter conhecimento da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 1.805/06, e que o conhecimento sobre essa matéria foi adquirido fora da formação acadêmica. Além do mais, os profissionais reconheceram que a ortotanásia deveria ser a conduta de escolha, por atribuir maior dignidade ao paciente, todavia, a prática mais adotada é a da distanásia, trazendo-lhes maiores sentimentos negativos (Barbosa et al.; 2023, p.05).

Notadamente, o sistema de ensino também é fundamental para elucidar esses institutos como a formação técnica dos profissionais da saúde. Desse modo, em outro estudo sobre o conhecimento sobre a ortotanásia no meio acadêmico entre concluintes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia da Universidade São Francisco em São Paulo, em 2023. Verificou-se que o conhecimento sobre o tema é superficial, obtendo relatos dos alunos de que não se sentem seguros para adotar esta prática, relacionando a baixa abordagem do tema durante a formação e, correlacionando ainda, que com isso, pode impactar na inaptidão desta prática como método paliativo ao decorrer da vida profissional (Santos et al.; 2013, p. 2645).

Sendo assim, a análise sustenta que a insuficiência de informações sobre este assunto resulta em transgressões deontológicas, no âmbito jurídico-doutrinárias e à dignidade da pessoa humana, inclusive, indica que a falta de esclarecimento sobe conceitos bioéticos leva a omissão de informações obrigatórias no prontuário do paciente, aos familiares do doente, por medo de punições éticas e penais.

DOI: 10.5281/zenodo.14536884

Considerações finais

Os dados coletados pela pesquisa indicam que a ortotanásia permanece como um tabu na sociedade civil. No entanto, ao longo dos anos, foram observados avanços significativos em sua regulamentação no âmbito médico. Um dos primeiros conceitos a ser abordado é o da terminalidade da vida, que se refere ao estado irreversível do paciente, equiparado ao estado vegetativo. Esse diagnóstico deve ser realizado pela equipe médica, que também deve esclarecer o paciente e seus familiares sobre a condição clínica, assegurando que não haja espaço para mal-entendidos ou desinformação.

É importante ressaltar que a determinação do status de terminalidade deve ser consensual entre a equipe médica, o paciente e a família, levando à conclusão de que as intervenções terapêuticas restaurativas não são mais eficazes e, além disso, podem causar sofrimento adicional. Neste contexto, cabe aos pacientes, e aos familiares legítimos, decidir pela interrupção desses tratamentos.

Na legislação brasileira, o tema da ortotanásia foi abordado no âmbito do Direito Penal, especialmente sob a perspectiva de delitos privilegiados ou crimes de omissão de socorro. Apenas em 2006 e 1999, a Resolução nº 1.805 do Conselho Federal de Medicina e a Lei Estadual nº 10.241 abordaram a questão de maneira clara, conferindo legalidade à prática.

Em contrapartida, o ordenamento jurídico português prioriza a preservação da vida, mesmo em emergências, sustentando que não se deve abdicar da manutenção da vida sob quaisquer circunstâncias. Contudo, o Código dos Médicos introduziu a prática de cuidados paliativos, com o objetivo de proporcionar alívio ao sofrimento e qualidade de vida em situações em que a cura não é mais viável, especificamente em pacientes terminais.

Assim, observa-se que existem duas exigências comuns em ambos os sistemas jurídicos: o esclarecimento adequado ao paciente e aos familiares, assegurando a compreensão integral do quadro clínico e o livre consentimento informado em relação aos procedimentos médicos a serem adotados.

Conclui-se que, tanto no contexto brasileiro quanto no português, a informação e a transparência devem ser constantemente observadas em casos de terminalidade, para garantir uma condução justa, ética e legal da prática da "morte assistida". É imprescindível a análise dos elementos individuais de cada situação, assim como a subjetividade dos envolvidos. Essa abordagem não deve desconsiderar o conhecimento científico objetivo, característico das ciências médicas, mas deve integrar esse conhecimento com a perspectiva das ciências humanas, resultando em uma conduta individualizada e adaptada a cada caso de falecimento.

Referências

BRASIL. Código Penal. 1991. Disponível em :<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm > acesso em 18 de março de 2024.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

DOI: 10.5281/zenodo.14536884

BRASIL. República Federativa do Brasil. Código Civil Brasileiro. Lei Nº. 10406. DF: Brasília. 2002.

BRITO, António José dos Santos Lopes de; RIJO, José Manuel Subtil Lopes – Estudo jurídico da eutanásia em Portugal: direito sobre a vida ou direito de viver? Coimbra: Almedina, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente. Diário Oficial da União. 2006 Nov 28:seção I, p.169.

DADALTO, Luciana. Testamento vital. Editora Foco, 2021.

DE CASTRO, Mariana Parreiras Reis et al. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. Revista Bioética,v. 24,n.2,2016. Disponível em :<https://www.scielo.br/j/bioet/a/DhvhJgpN9ykykc9L8cpFtxN/?format=pdf&l >: acesso em 18 de fevereiro de 2024.

DE SOUZA, Felipe Atilio Pereira; GOUVEIA, Marivaldo. A HISTÓRIA DA EUTANÁSIA. ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498, p. 01, v. 8, n. 8, 2012.

GUTIERREZ, Pilar L. O que é o paciente terminal?. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 47, p. 92-92, 2001. Disponível: :<https://www.scielo.br/j/ramb/a/Lc5MYWZHrMb8vGpRWWdx3qF/>: Acesso em. 05 de fevereiro de 2024.

KIPPER, Délio José. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para nossa realidade. Revista Bioética, p. v. 7, n. 1, 1999. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/294 :>acesso em 17 de fevereiro de 2024.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth; MENEZES, Paulo. Sobre a morte e o morrer. In: Sobre a morte e o morrer. 1987. p. 290-290.

LEPARGNEUR, Hubert. Bioética da Eutanásia Argumentos Éticos em Torno da Eutanásia. Revista Bioética, v. 7, n. 1, 1999.

LIMA, M. L. F.; REGO, S. T. A.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. Rev Bioética. 2015; 23 (1): 31-9. Disponível:<https://www.scielo.br/j/paideia/a/BDw4yJP4N3Vt6c3ctgxk7qG/?format=pdf&lang=pt >: Acesso em 06 de fevereiro de 2024.

LIMA, M. L. F.; REGO, S. T. A.; SIQUEIRA-BATISTA, R.Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. Rev Bioética. 2015; 23(1):31-9. Disponível:<https://www.scielo.br/j/bioet/a/xdtrqQKbcDGTNbdy9pC95dc/?lang=es>:acesso em 17 de fevereiro de 2024.

LOPES, Geraldo Evangelista. Ortotanásia e seu entendimento jurídico e médico. 2020. Dissertação de Mestrado. Disponível em:< *Dissertação - Geraldo Evangelista Lopes - T7 - UAL.pdf>: Acesso em 10 de março de 2024.

NAKASSUGUI, Alexsandra Silva Teixeira et al. Ortotanásia: a prática médica frente à morte natural. Brazilian Journal of Health Review, v. 6, n. 3, p. 12800-12825, 2023. Disponível em:< View of Ortotanásia: a prática médica frente à morte natural (brazilianjournals.com.br)>: Acesso em 08 de março de 2024.

PESSINI, Leocir. Distanásia: até quando prolongar a vida?. Edições Loyola, 2001.

DOI: 10.5281/zenodo.14536884

PORTUGAL. Constituição (1976). Constituição da República Portuguesa. Assembleia da República. UE. 1976.

RESOLUÇÃO Nº. 1.805/06. Conselho Federal de Medicina (CFM). Brasil. Disponível em:< CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo>: Acesso em 10 de março de 2024.

SILVA, Lucimeire Aparecida da; PACHECO, Eduarda Isabel Hubbe; DADALTO, Luciana. Obstinação terapêutica: quando a intervenção médica fere a dignidade humana. Revista bioética, v. 29, p. 798-805, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/MhRpfFPjTYZMgjcvSfYM9gC/abstract/?lang=pt>:acesso em 18 de fevereiro de 2024.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da saúde pública. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. 855-865, 2004.

SOUZA, Felipe Atilio Pereira de; GOUVEIA, Marivaldo. A história da eutanásia. Etic–encontro de iniciação científica, Faculdade Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, Presidente Prudente/SP, disponível em http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/viewFile/3802/3562, acesso em 17 de fevereiro de 2024.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. Revista Bioética, v. 16, n. 1, 2008. Disponível em :<https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/56>: acesso em 18 de março de 2024.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

DE LUCA, Camila Pires de Almeida; BARROS, Bruno Chancharulo de. Ortotanásia: o caminho do meio. **UNISANTA Law and Social Science**, Vol. 13, N. 2 (jul./dez. 2024), pp. 470-483. ISSN: 2317-1308.

Recebido em 18/08/2024
Aprovado em 29/10/2024

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt-br

DOI: 10.5281/zenodo.14536884