

ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS DA ORTOTANÁSIA

Luiz Roberto Prandi*
Dorita Ziemann Hasse**
José Adelar de Moraes***

RESUMO

Neste estudo realizou-se uma pesquisa sobre os aspectos éticos e legais da ortotanásia, e o direito de morrer com dignidade. O objetivo é demonstrar que a referida prática está em consonância com os novos conceitos de humanização dos serviços de saúde, analisando-a pela ótica da ética e sua legalidade pela perspectiva do Direito. Para tanto, opta-se por uma pesquisa bibliográfica abordando os principais conceitos de procedimentos médicos quanto à manutenção da vida biológica, uma análise dos atos normativos e da legislação vigente, uma análise sobre a ótica da ética médica quanto à aplicação do procedimento em pacientes terminais. Discute-se neste artigo que a tendência atual é de humanização dos serviços de saúde, e que a prática da ortotanásia vem assegurar a dignidade da pessoa humana nos momentos finais da vida, respeitando os aspectos éticos e legais. Por fim, fica evidenciado que a prática da ortotanásia obedece aos preceitos constitucionais de respeito e preservação da dignidade humana.

PALAVRAS-CHAVE: Eutanásia, Distanásia, Ortotanásia, Dignidade humana, Morte digna.

ABSTRACT

In this study we carried out a research on the ethical and legal aspects of orthothanasia, and the right to die with dignity. The goal is to demonstrate that practice is in line with the new concepts of humanization of health services, analyzing it from the perspective of ethics and legality by the prospect of law. Therefore, it is chosen to a literature search with the key concepts of medical procedures regarding the maintenance of biological life, an analysis of normative acts and legislation, an analysis of the optics of medical ethics as the application of the procedure in patients terminals . It is argued in this paper that the current trend is the humanization of health services, and that the practice of orthothanasia comes ensuring the dignity of the human person in the final moments of life, respecting the ethical and legal aspects. Finally, it is evident that the practice of orthothanasia meets the constitutional precepts of respect and preserve human dignity.

KEYWORDS: Euthanasia, Dysthanasia, orthotanasia Human Dignity, Death with dignity.

*Doutor em Ciências da Educação. Mestre em Ciências da Educação. Especialista em: Metodologia do Ensino Superior. Gestão Educacional Educação Especial. Gestão Ambiental. Professor Titular da UNIPAR/Umuarama.

**Mestre em Direito Processual Penal Contemporâneo e Cidadania. Professora Titular da UNIPAR/Umuarama.

***Acadêmico do Curso de Direito – UNIPAR/Umuarama

INTRODUÇÃO

Observam-se, nos dias atuais, grandes progressos na área biotecnológica, além de incontáveis avanços nos processos terapêuticos. Encontra-se, de modo geral, a comunidade médica obstinada em manter a vida biológica, com suportes mecânicos para ventilação e interações medicamentosas para manutenção dos sinais vitais, tudo isso sem um prognóstico favorável ao paciente e com elevado custo para o SUS. Não cabe a nós, porém, discutir a relação custo/benefício, haja vista o foco de o presente estudo ser o nosso *bem maior*, a vida, garantida pela Constituição Federal não só a tutela, mas também a manutenção da dignidade humana. É na liberdade individual e atrelado às leis morais, da personalidade humana, que se fundamentam os direitos humanos.

O paciente em plena posse de suas faculdades mentais tem o direito de recusar submeter-se a tratamento médico degradante, porém, em que momento pode-se determinar se o paciente em fase terminal não goza mais da dignidade humana? Cabe à família, como representante legal do paciente, também optar pelo procedimento, evitando desgastes psicoemocionais.

No presente estudo procura-se compreender a prática da ortotanásia, identificando seus aspectos legais e éticos, justificando sua aplicabilidade em pacientes terminais por razões humanitárias.

A motivação para desenvolver este estudo decorre de experiências práticas sob orientação e supervisão médica, na aplicação da ortotanásia em pacientes terminais em ambiente hospitalar.

Para a realização dos propósitos, escolheu-se a metodologia de pesquisa cuja natureza de estudo encontra respaldo em métodos apropriados para o tema de ordem jurídica, dentre os quais se revelam pesquisas bibliográficas em obras, artigos, sites e documentos especializados no tema em questão.

A TERMINALIDADE DA VIDA

Durante muitos anos a morte, para efeitos de atestado médico, fora considerada como a interrupção das atividades elétricas do miocárdio, ou pela ocorrência de AVC (acidente vascular cerebral) com danos irreversíveis no tronco

cerebral. Com o advento do primeiro transplante de coração humano, realizado em 1967 pelo cirurgião sul-africano Christiaan Barnard, o homem deslumbrou a possibilidade de prolongar a vida, e produziu-se um novo conceito de morte – a da morte encefálica -, haja vista ser possível a retirada do coração ainda com atividades elétricas de um indivíduo considerado clinicamente morto, para efeitos de transplante.

Eutanásia, distanásia, ortotanásia, diversos conceitos vêm esclarecer a relação axiológica que se estabelece em alguns momentos situados entre a vida e a morte. Tem havido uma dificuldade de entender o fenômeno da morte em suas diversas manifestações, especialmente se encontra o doente em fase terminal. (MALUF, 2010. p. 312).

Com o desenvolvimento das ciências e das tecnologias, produziu-se uma revolução nos processos terapêuticos, com a introdução de modernos equipamentos e interações medicamentosas voltadas para a recuperação e ou preservação dos sinais vitais. Os pacientes em estado grave mantidos em Unidades de Terapia Intensiva podem ter seu processo de evolução biológica natural postergada.

EUTANÁSIA

A palavra deriva do temo grego *EU* que significa bem, e *THÁNATOS*, que significa morte, morte boa, morte doce, morte sem dor, morte sem sofrimento. Muito praticada por povos primitivos, na antiguidade, a referida prática encontra simpatizantes, na contemporaneidade, que têm a coragem de praticá-la.

O Código Penal Brasileiro apenas possibilita a redução da pena de 1/6 a 1/3 se o homicídio for cometido por relevante valor social ou moral (art. 121,§ 1º). Os Códigos Penais da Alemanha (art.216), da Suíça (art.114) e da Itália (art.579) entendem, em disposições especiais, que a eutanásia é um homicídio atenuado em atenção ao motivo piedoso, mas não chegam a admitir a absolvição, nem o perdão judicial. (DINIZ, 2002, p. 227)

A prática é regulamentada em diversos países, como na Holanda, Bélgica, Inglaterra, China e em alguns estados americanos.

DISTANÁSIA

A palavra deriva do termo grego *DIS* que significa mal, algo mal feito, e *THÁNATOS* que significa morte, consiste em prolongar a vida utilizando-se de todos os recursos e meios disponíveis, mesmo que desproporcionais, para a manutenção dos sinais vitais, ainda que isso signifique infringir sofrimentos adicionais e desnecessários, e que não conseguirão afastar o fim biológico, apenas o postergando para horas, dias, semanas, aumentando as condições deploráveis do moribundo.

A distanásia é também designada obstinação terapêutica (*L'acharnement thérapeutique*) ou futilidade médica (*medical futility*), tudo deve ser feito mesmo que cause sofrimento atroz ao paciente. Isso porque a distanásia é morte lenta e com muito sofrimento. Trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte. (DINIZ, 2002, p. 336).

Consiste na futilidade médica, ou seja, a ausência de uma finalidade ou resultado útil.

ORTOTANÁSIA

A palavra deriva do termo grego *ORTHÓS* certo, e *THÁNATOS*, morte, morte ao tempo certo. O fim biológico ocorre após a retirada ou limitação da oferta de recursos tecnológicos e esforços terapêuticos inúteis. É o ato de deixar morrer naturalmente o paciente em fase terminal dispensando o uso de recursos extraordinários em prol de prolongar a vida biológica, tal artifício não é considerado crime em nosso ordenamento jurídico. A prática do ortotanásia fundamenta-se em razões humanitárias entendendo que a dignidade humana pode estar comprometida. Muitos autores vinculam a referida prática à eutanásia passiva, ou eutanásia por omissão. A relação estabelecida não é aceitável, pois quanto a esse, pressupõe-se que o agente deixa de prestar assistência deliberadamente quando é possível fazê-

lo, quanto àquela, se a vida biológica está condicionada à oferta de suportes tecnológicos, na retirada ou limitação destes, a relação de causa/efeito que levará ao termo biológico é a patologia do paciente e não a ação direta do homem. Não existe auxílio do médico na evolução da patologia e muito menos omissão, desde que sejam mantidos os suportes ventilatórios, hidratação, interações medicamentosas para o alívio das dores, medidas de higiene e mudanças de decúbito para prevenção de escaras e para conforto do paciente, que são os denominados cuidados paliativos, com o objetivo de tornar o processo da morte o mais digno possível.

A lei de 1990 de Nova Iorque (EUA) admite que os habitantes da cidade indiquem um amigo, ou parente, para decidir, quando o paciente terminal não puder fazê-lo, se o tratamento deve ser interrompido ou não, tomar a decisão de desligar tubos que mantêm a vida de um paciente terminal, sob a alegação de que a dignidade humana estaria comprometida, por haver vida sem consciência. (DINIZ, 2002, p. 331).

Percebe-se, assim, que a morte passou a ser compreendida como um processo, uma sequência de eventos.

ASPECTOS ÉTICOS

Um dos princípios fundamentais da ética é o respeito à dignidade humana, do início ao fim da vida. “Em nome do respeito pela pessoa doente, não se pode impor a ela, em nome da beneficência de cunho paternalista, aquilo que ela não quer, até mesmo no final de sua vida. Há que se respeitar sua autodeterminação e sua autonomia”. (LEITE, 2004, p. 266).

No período pré-moderno, os médicos eram conscientes de suas limitações diante das doenças graves e da evolução para a morte. O profissional assumia o papel de médico da família, onde a sua função em muitas das vezes não era curar, mas acompanhar o doente em sua evolução, procurando aliviar a dor e tornando suportável o momento final da vida. A relação médico/paciente era de cumplicidade e estabelecia-se uma relação de amizade e respeito.

O artigo 57 do Código de Ética Médica estabelece que: “É vedado ao médico, deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em benefício do paciente (...)”.

Reside dessa interpretação literal a denominada obstinação médica, em que se utilizam recursos tecnológicos muitas vezes desproporcionais para manter a vida biológica a qualquer custo, ainda que acarretando mais complicações e sofrimentos do que benefícios. “O critério fundamental é que seja em benefício do paciente, isso nos permite questionar se a gestão técnica da dor e do sofrimento e o adiamento do momento da morte são sempre do interesse do paciente”. (PESSINI, 2001. p. 256).

Tamanho é o arsenal tecnológico disponível atualmente, que o tempo decorrido entre o diagnóstico e a instalação de uma moléstia grave e incurável até o momento do termo biológico hoje é 10 vezes maior do que no início do século XX. A medicina incorporou nas Unidades de Terapia Intensiva suportes tecnológicos que permitem a manutenção dos sinais vitais por tempo praticamente indeterminado. O poder de intervenção da medicina cresceu despreocupadamente com a qualidade de vida que estaria sendo proporcionada aos pacientes terminais. Passou-se a praticar uma medicina descompromissada com o conforto e bem estar do paciente terminal, acabando por prolongar insensato sofrimento ao moribundo e sua família.

As evidências parecem demonstrar que esquecemos o ensinamento clássico que reconhece como função do médico, “curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre.” Deixamos de cuidar da pessoa doente e nos emprenhamos em tratar a doença da pessoa, desconhecendo que nossa missão primacial deve ser a busca do bem-estar físico e emocional do enfermo, já que todo ser humano sempre será uma complexa realidade psicossocial e espiritual. (Exposição de Motivos, res. nº. 1805/2006, p. 05. CFM).

Num sistema capitalista, em que a relação médico/paciente tornou-se uma relação comercial, a exploração da fragilidade do doente terminal e seus familiares tem sua própria lógica, pois, além de garantir lucro para as empresas, sustenta descaradamente à defesa dos valores fundamentais da ética, o valor da vida humana.

Para as instituições hospitalares privadas a permanência do paciente terminal, ainda que desenganado, pelo maior tempo possível é interessante, pois, enquanto esse paciente estiver ali, estarão recebendo sua remuneração pelos gastos dispensados a ele. Entretanto, essa atitude não preza pelos interesses do sujeito vulnerável, já que suprime sua dignidade e autonomia. (BRAUNER, 2008, p. 143).

O paciente em fase terminal de doença é um ser vulnerável, pois se encontra em desigualdade em relação a outras pessoas, possui redução e até mesmo a perda de sua liberdade individual, fica excluído do convívio social por estar internado em uma instituição hospitalar.

A medicina deve ter a humildade de não tentar, obstinadamente, vencer o invencível, seguindo os passos do paciente com mais *sprit de finesse*, orientada por nova ética fundada em princípios sentimentais e preocupada em entender as dificuldades do final da vida humana. Tal ética é imprescindível para suprir uma tecnologia dispensável. (DINIZ, 2002, p. 361).

O critério fundamental da ética médica é que todo o esforço deva ser empreendido em benefício do paciente, o que leva a questionar se a obstinação terapêutica, ou futilidade médica, vai de encontro aos interesses deste.

ASPECTOS LEGAIS

LEI COVAS

A Lei n.º 10.241 de 17 de março de 1999, tem dois artigos e 24 incisos, delibera sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo, e traz em seu texto no art. 2.º, XXIII, “recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida”; e XXIV, “optar pelo local de morte”.

Elaborada numa chave humanista, que procura colocar o paciente no centro da questão dos cuidados de saúde, evitando a desumanização crescente nas instituições de saúde, que torna a

pessoa doente sempre mais um objeto passivo de cuidados. (PESSINI, 2001, p. 266).

A lei ficou assim intitulada em razão do ex-governador Mário Covas que a sancionou, e acabou aproveitando-se dela nos momentos derradeiros de sua enfermidade, recusando-se a ser internado numa Unidade de Terapia Intensiva, preferindo ficar junto dos seus familiares.

A RESOLUÇÃO Nº. 1805/2006 - CFM

“Na fase terminal de enfermidades graves ou incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender tratamentos que prolonguem a vida do paciente, garantindo-lhes cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento (...).” (Resolução n.º 1805/2006. *Caput*).

A normativa do Conselho encontra-se em harmonia com o Plano de Humanização dos Serviços de Saúde do SUS, com a Associação Médica Mundial, com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, com o Conselho Europeu e com a Corte Européia de Direitos Humanos, e, também, com o ordenamento jurídico adotado nos Estados Unidos da América, Canadá, México, Reino Unido, Bélgica, Holanda, Suécia, Suíça, França, Itália e Uruguai.

Quanto se trata da efemeridade da vida humana e seu apogeu final, encontram-se opositores e defensores, ambos embasados em sólidos argumentos e exposições de razões para defenderem suas posições. A instrução do Conselho enfureceu alguns segmentos da sociedade organizada, que entenderam não ser competência do órgão tal resolução.

(...) Em ação civil pública, movida pelo Ministério Público Federal perante a Justiça Federal de Brasília, na petição inicial de 131 páginas, o Procurador da República colocou-se frontalmente contra o conteúdo da Resolução. “Em meio a muitas considerações jurídicas, morais e metafísicas, afirmou:” A ortotanásia não passa de um artifício homicida; expediente desprovido de razões lógicas e violador da Constituição Federal, mero desejo de dar ao homem, pelo próprio homem, a possibilidade de uma decisão que nunca lhe pertenceu” Na decisão que acolheu o pedido de antecipação de tutela, entendeu

o juiz de primeiro grau pela existência de “aparente conflito entre a resolução questionada e o Código Penal”. (BARROZO, 2006, p. 5).

Na ação ajuizada, o Procurador questiona a legitimidade da instrução do Conselho, de ingerir em assunto regulamentado no direito penal. Poder-se-ia, à primeira vista, ao adotar uma interpretação ortodoxa, até afirmar que a normativa esta fora da *competência do órgão*, como afirmou o Procurador, numa tentativa de manipular o Código Penal, mascarando um artifício homicida que seria a eutanásia, travestido com outro nome.

Conforme o artigo 37, *caput*, da CFM O Conselho Federal de Medicina integra a Administração Pública indireta, podendo expedir atos normativos, válidos e vinculantes a todo e qualquer médico no exercício de sua profissão.

Não se trata de um “artifício homicida”, como muitos opositores à prática se referem, haja vista que o médico, ao receber um paciente sob seus cuidados e vigilância, mesmo dentro dos recursos disponíveis pela ciência moderna, não tem a responsabilidade de impedir o resultado extremo.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), que foi criada em 1948 com o intuito de discutir problemas relativos à saúde, define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades. (BRAUNER, 2008, p. 135).

Conforme PESSINI (2001. p. 270):

Olhando para a realidade brasileira, o médico Délio Kipper aponta três questões: a) nos questionamos sobre nossas decisões em relação ao fim da vida, porque temos a clara percepção de que ainda fazemos uso excessivo e inapropriado da tecnologia, prolongando inutilmente o sofrimento humano, gastando mal os finitos recursos destinados à saúde e ocupando mal os sempre insuficientes leitos das UTIs e emergências; b) nos vemos desamparados sob o ponto de vista legal, de tomar qualquer decisão de não oferta ou retirada de suporte vital; c) sentimos falta de normas e diretrizes de como nos conduzirmos com esses pacientes.

Atualmente, as Unidades de Terapia Intensiva, são ambientes tecnicamente perfeitos, mas desprovidos de ternura humana. Dessa forma, o paciente deixa de ser o centro das atenções, a saúde passa a ser fragmentada, um mero funcionamento mecânico, onde são analisadas as enzimas, hormônios, fluídos corporais, pressão arterial, ritmo cardíaco, atividades cerebrais.

PLS N.º 524/2009

O Projeto de Lei dispõe sobre os direitos do paciente em fase terminal de doença, no que diz respeito à tomada de decisões sobre a instituição, limitação, não oferta e suspensão de procedimentos terapêuticos paliativos e constituidores de mais sofrimento.

O referido projeto vem de encontro ao que preconiza a OMS, de humanização dos serviços de saúde e aos novos conceitos ético-morais que pulsam nas esferas da ciência médica.

Vem também com a expectativa de dirimir quaisquer questões ético-jurídicas que venham a ser questionadas em relação à instrução da normativa 1805/2006 CFM, estabelecendo normas a serem seguidas quando se aproxima o termo biológico.

A medida proposta tem finalidade de evitar que o sofrimento do paciente que se encontre nessas situações, e até mesmo a angústia e o sofrimento dos seus familiares e amigos, se estenda por tempo indefinido. Embora o fator econômico-financeiro não deva ser utilizado como parâmetro para a tomada de decisões quanto à manutenção, à limitação ou à suspensão de procedimentos terapêuticos, a medida proposta acarretará efeitos nesse particular, visto que a maioria das medidas destinadas a prolongar artificialmente a vida tem custo elevadíssimo e sobrecarrega o orçamento público para a saúde e aumenta sobremaneira os gastos de planos de assistência à saúde. Nos casos em que a família se responsabiliza pelo pagamento das despesas médico-hospitalares, a internação de um paciente em uma UTI durante alguns dias pode acarretar a extinção do patrimônio familiar amealhado durante anos. (Justificativa PLS 524/09, p. 5-6).

Mesmo sendo a República Federativa do Brasil um Estado laico, o Projeto de Lei de autoria do Senador Gerson Camata, teve a participação ativa da igreja católica, através da Comissão de Ética da CNBB, que contribuiu na elaboração do referido projeto.

Diante de tais dispositivos, diferentes de um ato suicida ou de omissão de socorro, na prática da ortotanásia, estabelece-se uma relação social entre médico, equipe de enfermagem, família e paciente.

A ORTOTANÁSIA NO CÓDIGO PENAL

O Código Penal Brasileiro, que é de 1940, está em processo de reformulação, e nesta perspectiva, a ortotanásia está inserida no artigo 121 do anteprojeto assim constituída:

Parágrafo 4º:

Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos à morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

Exclusão de ilicitude.

CONCLUSÃO

Diante dos avanços acelerados da medicina, observa-se que o Biodireito ainda não consegue acompanhar seus avanços, sistematizando as normas no mesmo ritmo. Então, coube ao Conselho Federal de Medicina, a quem compete regulamentar assuntos que envolvam princípios da bioética, deliberar sobre procedimentos que envolvem princípios constitucionais, instruindo os médicos à prática da ortotanásia.

A vida é sagrada pelos preceitos religiosos e tutelada, constitucionalmente, mas e a dignidade? Até que ponto pode-se determinar em que momento o moribundo acamado e preso a suportes tecnológicos já não goza mais de dignidade humana?

É preciso ampliar as discussões, e cabe ao Biodireito discutir tais relações em casos concretos, buscando soluções adequadas, acompanhando as evoluções sociais que estão ocorrendo na comunidade médico-científica para impedir que o ser humano seja levado à condição de coisa, e não permitir que crimes sejam cometidos sob a falsa cortina de razões humanitárias.

São necessárias reformas profundas na legislação brasileira para sistematizar que condutas são permitidas ou não, evitando assim abusos e excessos.

Conclui-se com este estudo que a prática da ortotanásia consiste na suspensão, limitação ou não oferta de suportes tecnológicos a pacientes em fase terminal de doença, ou àqueles que, acometidos de um mal agudo, evoluíram para uma condição patológica irreversível, tenham o diagnóstico desfavorável à manutenção da vida biológica. É uma prática que se enquadra dentro dos padrões ético-jurídicos vigentes e esta em consonância com os fundamentos constitucionais e o estado democrático de direito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROSO, L. R; MARTEL, L. C. V. **A vida como ela é: Dignidade e autonomia individual no final da vida.** Disponível em <http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/themes/LRB/pdf/a_morte_como_ela_e_dignidade_e_autonomia_no_final_da_vida.pdf>. Acesso em: 24. out. 2011.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. Resolução 1805/2006. Autoriza aos médicos a suspenderem tratamento em pacientes terminais. Presidente: Edson de Oliveira Andrade. **D.O.U.** 28 de nov. 2006, seção I, p. 169.

_____. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **ACP nº 2007.34.00.01489-3. Petição inicial** (Wellington Divino Marques de Oliveira – Procurador Regional dos Direitos do Cidadão/1º Região). Disponível em: <http://noticias.pgr.mpf.gov.br/noticias/noticias-do-site/copy_of_direitos-do-cidadao/mpf-df-propoe-acao-contra-ortotanasia/?searchterm=ortotanasia>. Acesso em: 25. ago. 2011.

_____. PLS Nº 524/2009, **Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença.** Disponível em: <www.senado.gov.br/atividade/materia/getTexto.asp?t=70139&c>. Acesso em: 24. out. 2011.

BRAUNER, C. C. **Ensaio de biodireito**: Respeito à vida aos imperativos da pesquisa científica. Pelotas: Delfos, 2008. p. 133-151.

BUBLIONE, S. **Direito, ética e bioética**: fragmentos do cotidiano. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 71-103.

DINIZ, M. H. **O estado atual do Biodireito**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2002. p. 316-358.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos**. São Paulo: Martin Claret, 2004. p. 58.

LEITE, E. O. **Grandes temas da atualidade**: bioética e biodireito. Rio de Janeiro: Forence, 2004. p. 255-275.

MALUF, A. C. R. F. D. **Curso de bioética e biodireito**. São Paulo: Atlas, 2010. p. 309-329.

MALUF, S. **Teoria geral do estado**. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. p. 215.

PESSINI, L. **Distanásia**: até quando prolongar a vida. São Paulo: Loyola, 2001. p. 252-271.

SÁ, M. F. F. **Direito de morrer**: eutanásia, suicídio assistido. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005. p. 116-140.

SÃO PAULO, Lei nº 10.241, de 17/03/1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado. **D.O.E.** 18/03/1999, seção I, p. 1.

VIEIRA, T. V. **Bioética**: temas atuais e seus aspectos jurídicos. Brasília: Consulex, 2006. p. 09-36.