



BIOÉTICA E DISTANÁSIA

Thiago Bosetti Santiago¹, Pedro Humberto Campelo Matos Junior²

¹ Acadêmico de Medicina, UNIFACIG, thiagobosetti@hotmail.com

² Médico graduado pela UNIG, especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), docente de Bioética e Psiquiatria e saúde mental UNIFACIG, pedrocampelojr@ibest.com.br

Resumo: A prática médica sofreu diversos avanços, principalmente no Século XX, no entanto os mesmos avanços que proporcionam melhor qualidade de vida em certos casos levam ao prolongamento desnecessário, a partir de tratamentos dispensáveis, com excessivas intervenções terapêuticas, gerando um processo agonizante de postergação da morte. A palavra distanásia trata-se de um neologismo composto pelo prefixo grego *dys*, que significa ato defeituoso, e *thanatos*, morte, referindo-se ao prolongamento da morte de forma exagerada, configurando em uma morte lenta, ansiosa e sofrida. Nas últimas décadas, a bioética/estudiosos de diversas áreas, vem discutindo sobre os limites das intervenções médicas para se evitar a distanásia. No entanto, é conclusivo que a distanásia fere os princípios da bioética por estender um processo de sofrimento tanto para o paciente como para a família, em contrapartida os cuidados paliativos permitem um processo de morte justo, sem causar danos e buscando o bem estar nos momentos finais da vida.

Palavras-chave: Bioética; Distanásia; Ética; Medicina.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

1 - INTRODUÇÃO

A prática médica sofreu diversos avanços, principalmente no Século XX, essas melhorias, especialmente nas áreas terapêutica, cirúrgica, de reanimação e de anestesia e no campo da tecnologia, têm produzido um aumento significativo na saúde dos seres humanos, especialmente em relação ao controle ou à eliminação de doenças (FELIX, 2013).

Se, por um lado, os avanços proporcionam melhor qualidade de vida e conduzem ao aumento da expectativa de vida, devido à diminuição da mortalidade, por outro, em certos casos o prolongamento ocorre de modo desnecessário, a partir de tratamentos dispensáveis, com excessivas intervenções terapêuticas. Esse processo acaba transformando o modo de ver a vida, atribuindo a ela uma forma quantitativa e biologizada, onde todos os recursos disponíveis para manutenção da vida são investidos, mas a qualidade do viver é minimizada. E isso, inclusive, fere o princípio da não-maleficência, pois se gera um processo agonizante de postergação da morte (FORTES, 2007).

Dessa forma, o presente estudo objetiva traçar considerações sobre um tema cada dia mais angustiante, a distanásia, examinando o que é vida e morte, aferindo a existência do direito de morrer com dignidade e estabelecendo sua relação com os princípios da bioética.

2 – METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, com busca ativa de artigos, resoluções e publicações em bases de dados como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no Portal Capes, na Revista Bioética e Scielo, utilizando os termos bioética, distanásia, ética, medicina no mecanismo de pesquisa.

Para inclusão foram considerados os seguintes critérios: artigos publicados em português, disponíveis na íntegra e que apresentassem como termos principais distanásia ou bioética. Já os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, em idiomas estrangeiros e que não abordavam o tema. Seguindo esses critérios, foram selecionados 19 publicações entre artigos e resoluções.

Com base nas publicações reunidas, foi possível realizar a caracterização de conceitos, bem como a interpretação e a análise, tornando-se possível alcançar os objetivos estabelecidos.

3 - VIDA E QUALIDADE DE VIDA

Ao longo dos séculos, pensadores e cientistas, como o grego Aristóteles e o americano Carl Sagan, se debruçaram sobre o dilema da definição da vida. Cada intelectual desenrola uma definição a depender de sua área de interesse.



Existem duas maneiras de explicar a questão da vida: a primeira é o discurso parenético, no qual remete-se ao âmbito sacral da vida. Este bem (vida) foi dado ao homem para que ele apenas gerenciasse, pois a sua propriedade é um valor absoluto que só a Deus pertence; dessa forma, o ser mortal não tem nenhum direito sobre sua vida ou à vida do outro. O embasamento argumentativo principal se dá pela sacralidade da vida, assentada em três dimensões fundamentais: a razão de sua origem, a razão de sua natureza e a razão do seu destino. A segunda maneira se dá pelo discurso científico, no qual tem seu princípio fundamental a valorização qualitativa da vida, sendo o homem o protagonista (JUNGUES, 1993).

No que tange à qualidade de vida, o interesse por este conceito na área da saúde é relativamente recente e é resultante de novos conceitos adotados nesta área, em que a qualidade de vida passou a ser um resultado esperado decorrente de práticas, passando a ser usado também, como indicador para a avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos. Entretanto, o fundamentalismo deste princípio cita que uma vida sem qualidade não vale a pena ser vivida, abrindo brechas para atentados contra esta (SEIDL; ZANNON, 2004).

Abordaremos a definição de Jungues (1993) que diz que “a vida é um dom (ninguém pode dar a vida a si mesmo); mas, que uma vez recebido, fica à disposição daquele que o possui, sendo a vida um bem em si mesmo e por si mesmo, sem referência a outro bem ou valor porque é a base de todos os outros”.

Contemporaneamente, a definição de vida ainda continua polarizada, uma vez que, como o supracitado, essas definições vão de acordo com crenças, culturas, paradigmas e afins, que exacerbam o discurso retórico. Todavia, isso não quer dizer a que a sacralidade e a qualidade da vida precisam ser oponentes; o autor francês Doucet (2000) ressalta que:

"O caráter sagrado da vida não se opõe necessariamente à qualidade de vida. Na tradição judaico-cristã as duas dimensões se comunicam. Em nossas sociedades ocidentais, saídas dessa tradição, a preservação da vida humana é um valor fundamental mas não absoluto. A presunção em favor da vida deve ser temperada, se não o absolutismo do princípio poderia conduzir ao desrespeito de certos doentes".

Para a ética, enviesada pela área científica, a vida é caracterizada como um bem, sendo este um princípio pré-moral, logo, deve ser valorizada de maneira igual, independente de circunstâncias e situações (JUNGUES, 1993).

4 - A MORTE

Antigamente o processo da morte era visto como um acontecimento espontâneo, tanto pelo doente como pela família, sendo, na maioria das vezes, concretizada dentro da própria casa e era tida como algo natural. O doente presidia o seu processo de morte, recebia as pessoas em casa, era visto no leito de morte, se despedia e falava como queria seu enterro etc. Mas com o decorrer do tempo, fatores como a religião, cultura da sociedade e valores éticos vêm mudando esse conceito. A morte é então institucionalizada, sendo consumada dentro do hospital, e passa a ser uma “ameaça” à função médica, em que muitos desses profissionais se veem responsáveis por esse processo, tornando o hospital um meio para a cura do paciente (ROMANO, et al, 2006).

Uma pessoa era considerada morta quando havia interrupção dos sinais vitais, ou seja, as funções cardíológicas e respiratórias eram cessadas, seguindo assim com fim da função do corpo e da mente. Em virtude dos avanços tecnológicos, e com o advento dos transplantes de órgãos e tecidos, as funções fisiológicas passam então a ser controladas por meio artificial, e assim a morte deixa de ser considerada como um processo súbito e terminal, e passa a ser um processo evolutivo, dinâmico e complexo (XAVIER, et al, 2014; PESSINI, 2004).

Pensando nessa mudança de conceito, surge na França o termo *coma dépassé*, que se referia a um estado de coma, em que o paciente apresentava flacidez, ausência de reflexos, falta de respiração autônoma, irresponsividade e dificuldade de regulação térmica. Porém, devido a outros estágios de coma, essa expressão causava ambiguidade e assim vários países, inclusive o Brasil, passou a utilizar o termo “morte encefálica”. Na morte encefálica todas as funções neurológicas são interrompidas de forma permanente e irreversível, e em resposta a agressão sofrida pelo cérebro o sangue que vem do corpo e supre o cérebro é bloqueado, desencadeando a falência do sistema nervoso central (BRASIL, 2008).



Assim, o conceito de morte passa a ser visto pelo Ministério da Saúde como “morte encefálica”, que adquiriu um estatuto próprio e sua definição passou a ser estabelecida por lei e normas complementares.

5 - DISTANÁSIA

A palavra distanásia trata-se de um neologismo composto pelo prefixo grego *dys*, que significa ato defeituoso, e *thanatos*, morte. Refere-se ao prolongamento da morte de forma exagerada, configurando em uma morte lenta, ansiosa e sofrida; é conhecida também como “obstinação terapêutica”, “futilidade médica” e “tratamento inútil”. Autores defendem que essa atitude médica de querer salvar a vida do paciente a todo custo, não prolonga a vida, mas sim o processo de morrer, e que manter o paciente em um tratamento invasivo quando não há possibilidade de recuperação pode causar sofrimento físico e psicológico, além de ser um desrespeito com o seu momento de morrer (ROMANO, et al, 2006).

“A primeira vista, poderíamos ingenuamente pensar que a morte nas mãos da moderna tecnologia médica seria um evento menos sofrido, mais benigno, enfim mais digno do que o foi na antiguidade. [...]este conhecimento não tornou a morte um evento digno. O conhecimento biológico e as destrezas tecnológicas serviram para tornar nosso morrer mais problemático; difícil de prever, mais difícil ainda de lidar, fonte de complicados dilemas éticos e escolhas difíceis, geradoras de angústia, ambivalência e incertezas” (PESSINI, 2009).

Quando se discute sobre a distanásia, cabe uma reflexão sobre “até quando a vida deve ser prolongada?” Vale a pena manter pacientes não recuperáveis em máquinas, com suporte de vida indefinido? E para analisar essas questões é necessário que se entenda sobre os diferentes tipos de tratamento. Designa tratamento fútil aquele em que o quadro do paciente é irreversível e não há possibilidade em manter ou restaurar sua vida, aliviar seu sofrimento e garantir seu bem estar. O profissional quer recuperar a vida do paciente de forma insistente, podendo gerar desconforto físico e emocional. Esse tratamento também é referido como tratamento extraordinário. Já o tratamento ordinário refere-se aos meios necessários e obrigatórios para salvar a vida do paciente, deve proporcionar alívio e controle de seus sintomas (KOVACS, 2003).

Distanásia segundo: Legislação → A questão da distanásia vai muito além do avanço tecnológico e da opinião do médico, ela ultrapassa os limites da bioética, atinge a ordem normativa. De acordo com a Constituição Federal, Art. 5º -III, “Ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradantes”. Dessa forma, a distanásia fere a lei ao fomentar um tratamento fútil ao paciente, sem assegurar o bem estar do paciente.

Distanásia segundo: Religião → As religiões têm papel importante na vida das pessoas, oferece amparo nos momentos de sofrimento e auxilia na tomada de decisão. Segundo censo IBGE de 2010 (publicado em 2012), 92% da população brasileira tem uma religião, sendo que 65% católicos, 22,4% evangélicos, 2,0%_espíritas_e 0,3% de religiões afrodescendentes. Diante desses dados, vale ressaltar que a opinião dos religiosos sobre o prolongamento da vida é considerável.

Albert Einstein dizia que “a ciência sem religião é paralítica; a religião sem a ciência é cega”. O cientista Francis Collins, que estudou o genoma humano disse ser a ciência o único caminho para entender a natureza, sendo que se bem utilizada permite conhecer muitos detalhes da existência material. Porém a ciência ainda não foi capaz de responder algumas perguntas como o que acontece após a morte, qual o objetivo da existência terrena. Nesse espaço, a religião traz uma satisfação ao ser humano, ao dar uma explicação aceitável aos fenômenos que a ciência não explica. Ambas trabalham juntas para gerar conhecimento e tranquilidade entre os seres humanos (XAVIER, et al, 2014).

Embora as religiões tenham um propósito semelhante, de orientação espiritual, existem divergências na percepção do significado de morte, o que gera opiniões diferentes sobre o processo de morrer.

O catolicismo, religião mais difundida no mundo, mostra-se contra a distanásia. Em 2012, o presidente da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Dom Raymundo Damasceno Assis,



pronunciou que *“A morte não é uma doença para qual devemos achar a cura. É necessário que o homem reconheça e aceite a própria realidade e os próprios limites”*. O papa João Paulo II também se posicionou contra relatando que *“A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionais não equivale aos suicídios ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana diante da morte”* (XAVIER, et al, 2014).

Para o espiritismo, a morte deve ser um processo natural, ocorrendo no tempo certo. É necessário que o paciente receba conforto físico e espiritual, e que sua morte seja sem dor e sofrimento. Divaldo Franco diz que, *“Quando se pretende prolongar a vida com o objetivo de impedir a morte, impõe-se ao paciente sofrimentos desnecessários, que se prolongam após a desencarnação”*.

6 - INFELICIDADE NO ESTADO TERMINAL E DISTANÁSIA

O Estado Terminal é caracterizado pelo esgotamento das possibilidades de recuperação da saúde do paciente, sendo assim, a proximidade da morte torna-se inevitável (GUTIERREZ, 2001).

Apesar de esse conceito conduzir à morte, não é possível afirmar, categoricamente, quando a morte se torna irreversível. Essa definição é ainda mais difícil para os casos em que são adotados suportes de vida, outros equipamentos ou terapias, visto que a tecnociência proporciona a substituição ou complementação de funções vitais. Diante disso, e pelo fato de os fenômenos da vida e da morte serem excludentes, o estado terminal ainda configura a vida (OLIVEIRA, 2005).

Em estágios avançados de certas patologias, em que o prognóstico é extremamente negativo, muitas vezes a postura adotada por profissionais de saúde é a manutenção dos tratamentos e procedimentos como forma de desresponsabilização da morte, ou decorrente do apelo de familiares e até dos próprios pacientes, por medo da morte (ALBUQUERQUE; DUNNUNGHAM, 2013). Entretanto, a qualidade de vida não é contemplada na pré-morte com a distanásia, instala-se a infelicidade, restando a dúvida em relação a qual alternativa terapêutica seguir (OLIVEIRA, 2005).

Perante situações as quais predispoem à distanásia, a compreensão da morte como inerente ao seres vivos faz com que haja um esforço para o trabalho em direção a uma morte de paz e não mais à luta pelo restabelecimento da saúde (PESSINI, 2009).

Entretanto, segundo Horta (1992) a postura de aceitação da morte como desfecho de uma luta pela cura e o abandono da futilidade médica ainda é um obstáculo:

“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 estão hoje jogados a um sofrimento sem perspectivas em hospitais, sobretudo nas suas UTI's 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”.

Sendo assim, muitas vezes o médico abusa da tecnociência para desviar de uma sensação de impotência e/ou pelo receio de acusação de omissão de socorro. Nesse protagonismo médico, prioriza-se a conservação da vida em detrimento da qualidade de vida do doente (ALBUQUERQUE; DUNNUNGHAM, 2013). Surge, então a obrigação moral e ética profissional de parar com a obstinação terapêutica e se concentrar no conforto do processo de morrer (PESSINI, 2009).

Negar a distanásia não reflete uma desistência do paciente, contrariamente, é parte essencial do processo de cuidado profissional-paciente, como afirma Pessini (2009):

“O paradigma do cuidar (care) nos permite realisticamente enfrentar os limites de nossa mortalidade e do poder médico com uma atitude de serenidade. A medicina orientada para o alívio do sofrimento estará mais preocupada com a pessoa doente do que com a doença da pessoa. Nesse sentido cuidar não é o prêmio de consolação pela cura não obtida, mas sim parte integral do estilo e projeto de tratamento da pessoa a partir de uma visão integral”.



Assim, a visão integral do paciente tende a romper com os tratamentos que se concentram apenas nos sintomas físicos e sensação desagradável da dor, como se essa fosse a única fonte de angústia do paciente terminal. À medida que o tratamento fútil dá lugar às intervenções paliativas, consegue-se compreender o sentido do sofrimento, o qual pode ser definido como “situação de doença que leva a interpretar a vida vazia de sentido”. Portanto, o sofrimento é mais abrangente que a dor, e é sinônimo de qualidade de vida diminuída (PESSINI, 2009).

7 - ÉTICA

A Ética é definida como um dispositivo de regulação das relações humanas, objetivando a coesão social e harmonização dos interesses coletivos. Ela implica em uma opção individual, uma escolha ativa, que requer adesão íntima da pessoa a valores, princípios e normas morais, estando intrinsecamente ligada à noção da autonomia individual (TOFFOLETTO *et. al.* 2005).

No entanto, mesmo que existam várias teorias éticas e modelos de análise teórica, a ideia aqui não levantar caracterizações e comparações entre os diversos termos utilizados na ética aplicada à saúde, mas sim oferecer fundamentos para a reflexão sobre a forma como têm agido os profissionais de saúde.

Entender a ética por trás da distanásia, a partir do Código de Ética Médica - CEM brasileiro e dos paradigmas existentes na medicina, é um processo extremamente complexo, pois ainda temos uma grande interrogação que envolve a questão. A distanásia não recebeu a mesma atenção que a eutanásia, por exemplo, e em grande parte por causa da confusão entre esses dois conceitos (KOVACS, 2003).

O CEM brasileiro tem a tendência de corroborar com práticas distanásicas. Um exemplo claro é o Código de 1931, que reprova a eutanásia no art. 16/31 com o seguinte texto: “porque um dos propósitos mais sublimes da Medicina é sempre conservar e prolongar a vida”. E inconscientemente apoia a distanásia ao dizer que a finalidade da medicina “é sempre conservar e prolongar a vida”. Os códigos posteriores seguem essa mesma direção, e claramente continuam justificando a distanásia (PESSINI, 2007).

Porém, no Código (1988), uma mudança foi promovida, pois o objetivo da medicina passa a ser não apenas prolongar ao máximo o tempo de vida da pessoa. O médico, agora mais que nunca, deve voltar a atenção à saúde da pessoa, avaliando se os procedimentos vão beneficiá-la ou não. E o prolongamento exagerado e desproporcional, torna-se uma prática proibida (SILVA *et. al.* 2014).

O compromisso com a saúde, principalmente com o bem-estar da pessoa e não apenas ausência de doença, abre a possibilidade para outras questões no tratamento do doente terminal, além das questões curativas (PESSINI, 2007). E isso nos permite ingressar em um segundo conceito, a Bioética: tecendo uma análise baseada principalmente na relação da distanásia com os princípios bioéticos.

8 - BIOÉTICA

A Bioética é entendida como a ética aplicada à vida em um contexto social. É uma modificação da ética, adotada principalmente em situações ocasionadas pelo progresso da biotecnologia e os problemas decorrentes da sua aplicabilidade em seres humanos (TOFFOLETTO *et. al.* 2005).

No período de 1985 a 2000, a bioética adquiriu um viés multidisciplinar, abrangendo ciências sociais, antropologia, psicologia, direito e também a teologia. Nas ciências da saúde, ela surgiu devido à preocupação que se tinha com as práticas médicas. Além disso, passaram a ter grande importância na relação médico/paciente, os aspectos relativos à autodeterminação, a autonomia e os direitos humanos (BUB, 2005).

As discussões sobre bioética expandiram envolvendo a macropolítica da saúde, da economia e a questão dos excluídos (BUB, 2005). Paradoxalmente, por ter a vida como objeto de estudo, a Bioética abarcou também os assuntos relativos à morte, promovendo uma interação de profissionais e estudiosos de várias áreas do conhecimento humano (TOFFOLETTO *et. al.* 2005).

9 - BIOÉTICA E A DISTANÁSIA

Nas últimas décadas, a bioética/estudiosos de diversas áreas, vem discutindo sobre os limites das intervenções médicas para se evitar a distanásia. Enfatizando que o progresso das ciências biomédicas aumentou o poder de “prorrogação da morte”, à custa, muitas vezes, de prolongado e desnecessário sofrimento para os indivíduos e suas famílias (FORTES, 2007).



O Conselho Federal de Medicina brasileiro publicou no ano de 2006 a resolução nº 1.805, que proferiu autorização ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, respeitando a vontade da pessoa ou de seu representante legal. A resolução deu um passo extremamente importante para uma futura normatização legislativa sobre o tema (CFM, 2006).

Já no presente ano de 2019 tivemos a publicação da resolução nº 2.232, que estabeleceu normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente (CFM, 2019). O que, dentre tantas outras interpretações, permite aferir como o processo de tomada de decisão por parte do paciente acerca dos procedimentos aos quais será submetido, vem tomando um lugar cada vez mais alto no tocante da prática médica e também no respeito e legitimação da recusa médica, quando quaisquer das decisões têm caráter antagônico aos seus preceitos.

10 - PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA E DISTANÁSIA

A bioética procura avaliar e buscar o que é mais importante, neste caso em relação à distanásia, e para isso ela é atenta às possíveis consequências das descobertas e suas aplicações, baseando-se nos seus princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça-equidade (DELBIANCO, 2015)

Sendo assim podemos relacionar os princípios da bioética com a distanásia, da seguinte forma:

- Autonomia: garante ao indivíduo, quando em momento de lucidez, o direito tomar suas decisões. Sendo que no caso de distanásia, a decisão do paciente no fim ou manutenção do tratamento deve ser respeitada sem contestação.
- Beneficência: refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. Um médico deve analisar se determinado procedimento irá realmente promover a qualidade de vida do paciente ou se ele apenas irá postergar o sofrimento e conduzir à morte, em um período muito próximo.
- Não-maleficência: estabelece que a ação do médico sempre deve causar o menor prejuízo ou agravos à saúde do paciente. Fazer com que o paciente sofra em um tratamento que não surtirá efeito, e que servirá apenas para conformar familiares, é uma prática de distanásia.
- Justiça-equidade: obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado. Mas sem ferir a autonomia do paciente, ou propor tratamentos inúteis que prorrogam o processo de morte.

11 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fato que a medicina avança com o passar das décadas com o propósito de cuidar e resguardar a vida, o conhecimento médico e as tecnologias de saúde serviram, também, para tornar o morrer mais problemático. Deste modo, esbarramos em dois paradigmas, o de curar e o de cuidar: o paradigma de curar é aquele que depende de tal tecnologia e entende que a morte deve ser o último resultado esperado; já o cuidar, compreende que a morte é parte da vida humana.

O elo entre o cuidar e o “bem morrer” são os cuidados paliativos, os quais têm conquistado espaço no cenário médico gradativamente. Assim, sendo esta uma alternativa mais digna em relação à distanásia é preciso que haja mobilização política e social, com o intuito de criar políticas públicas que introduzam de forma mais ampla e efetiva os cuidados paliativos, bem como oferecer o suporte educacional aos profissionais sobre essas práticas, para que assim elas ofereçam bem-estar ao paciente, de maneira integral e digna no seu processo de morte.

Portanto, conclui-se que a distanásia fere os princípios da bioética por estender um processo de sofrimento tanto para o paciente como para a família. Em contrapartida os cuidados paliativos permitem um processo de morte justo, sem causar danos e buscando o bem estar nos momentos finais da vida.

12 - REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Morte encefálica**. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/146morte_encefalica.html>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.



BUB, Maria Bettina Camargo. **Ética e prática profissional em saúde**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 65-74, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1.805, de 28 de novembro de 2006**. Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019**. Publicada no D.O.U., 16 set. 2012, Seção I, pg. 113. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370>>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

DELBIANCO, Laura Carlos. **Direito a morrer: bioética e distanásia**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 20, n. 4541, 7 dez. 2015. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/44282>>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

DOUCET, H. **La Théologie et le développement de la Bioéthique américaine**. In: Revue des Sciences Religieuses 74 (2000), p. 8-20. Disponível em: <http://www.persee.fr/doc/rscir_0035-2217_2000_num_74_1_3516>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

FRANCO, Divaldo. Divaldo Franco [Janeiro 2006]. **Correio Espírita**, 22 janeiro 2006. Domínio online. Disponível em: <<http://www.correioespirita.org.br/categorias/entrevistas/603-divaldo-franco>>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

FELIX, Zirleide Carlos et al. **Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2733-2746, Setembro 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001700029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **A prevenção da distanásia nas legislações brasileira e francesa**. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 53, n. 3, p. 195-197, Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

JUNGUES, J. R. **A vida como bem fundamental do homem**. Perspectiva teológica, n. 25, pp 339-345, 1993. Disponível em: <faje.edu.br/periodicos/index.php/perspectiva/article/view/1219>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

KOVACS, Maria Julia. **Bioética nas questões da vida e da morte**. Psicol. USP, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 115-167, 2003. Disponível em: <scielo.br/pdf/psp/v14n2/a08v14n2.pdf>. Acesso em 29 de maio 2017. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

PESSINI, Leocir. **Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira**. Bioética 2004; 12(1): 39-60. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/120/125>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

PESSINI, Leocir. **Disianásia: até quando prolongar a vida?** I Leocir Pessini. -- 2.ed. -- São Paulo : Centro Universitário São Camilo:Loyola. 2007. 430p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=mD4Vixs8_4MC&pg=PA166&lpg=PA166&dq=v=onepage&q&f=true>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

PESSINI, Leocir. **Distanásia: até quando investir sem agredir?** Rev Bioet 2009;4(1):1-11. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.



ROMANO, Bellkiss Wilma; WATANABE, Cintia Emi; TROPMAIR, Sabine. **Distanásia: vale a pena?**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 67-82, dez. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, Apr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

SILVA, José Antônio Cordero da et al. **Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular**. Rev. Bioét., Brasília, v. 22, n. 2, p. 358-366, Aug. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

TOFFOLETTO, Maria Cecília et al. **A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 18, n. 3, p. 307-312, Sept. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

XAVIER Marcelo Santos; MIZIARA Carmen Silvia Molleis Galego; MIZIARA Ivan Dieb. **Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia**. Saúde, Ética & Justiça. 014;19(1);26-34. Disponível em <[file:///C:/Users/ALUNO/Downloads/97135-167664-1-SM%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/ALUNO/Downloads/97135-167664-1-SM%20(6).pdf)>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.