

CAPÍTULO 14

TERMINALIDADE DA VIDA: ASPECTOS ÉTICOS

Professor Dr. Flávio César de Sá

2021

Sumário

Terminalidade

Introdução

Eutanásia, suicídio assistido, distanásia e ortotanásia

Eutanásia e suicídio assistido

Distanásia

Ortotanásia

Suspensão ou não introdução de terapia de suporte de vida

Reanimação cardiopulmonar

Definição de morte e morte encefálica

Considerações finais

Referências Bibliográficas

Terminalidade

Introdução

Durante o século XX, o enorme avanço nas ciências biomédicas e o grande progresso da tecnologia incorporada à assistência médica proporcionaram uma completa mudança no perfil de morbimortalidade da população mundial. Entre as mais importantes conquistas deste século, podemos citar a disseminação do uso de vacinas, a antibioticoterapia, a melhora na qualidade das técnicas de anestesia e de cirurgia, os antipsicóticos, respiradores artificiais, hemodiálise e o desenvolvimento do conceito de terapia intensiva, aliados a melhores condições de saneamento básico e a um acesso maior da população à assistência médica. A expectativa média de vida em todo o mundo passou de 31 anos em 1901 para 48 anos na década de 50 e no final do século para 65 anos (em alguns países, como o Japão, mais de 80 anos). Com o aumento da expectativa de vida, as principais causas de morte e invalidez mudaram das doenças infecciosas na infância, para as doenças crônicas não transmissíveis em adultos. Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis matam um número maior de pessoas que todas as doenças infecciosas juntas.¹

Estas mudanças afetaram profundamente a maneira de morrer e mudaram também o papel do hospital no tratamento das doenças. O foco central da relação médico/paciente passou a ser o tratamento das doenças e não mais o cuidado com a pessoa doente. A grande incorporação de tecnologia ao atendimento médico fez do hospital o local preferencial do tratamento das doenças, particularmente das mais graves. A maioria das mortes hoje acontece no ambiente hospitalar, ao contrário do que acontecia no passado. A morte passou de um evento doméstico, público e familiar, a um evento hospitalar, privado, muitas vezes solitário.²

A possibilidade do prolongamento da vida das pessoas trouxe um efeito colateral indesejado: muitas vezes, tratamentos são instituídos sem que se considere adequadamente o prognóstico do caso ou os desejos do paciente. Novos fenômenos passaram a ocorrer nos hospitais, particularmente nas unidades de tratamento intensivo: o tratamento fútil e a distanásia. Um novo dilema se apresentou para os profissionais de saúde: quando é hora de parar ou reduzir a intensidade de um tratamento? Se um

tratamento já instituído não está surtindo o efeito desejado é possível interrompê-lo? Mesmo que este seja um meio de sustentação de vida?

No paciente terminal o foco da assistência médica tem que mudar do tratamento da doença para o cuidado com a pessoa doente e seus familiares.³ Este é o domínio dos cuidados paliativos. É o momento em que a biografia é mais importante que a biologia, como nos ensina o professor de bioética Léo Pessini – quem é esta pessoa que está morrendo, qual a sua história, quais seus desejos e qual a sua maneira de encarar a vida. O tratamento é apenas uma parte do cuidado e a busca de proporcionalidade neste cuidado tem se revelado um dos maiores problemas éticos com os quais os médicos se deparam hoje.⁴

Decisões acerca do tipo de tratamento a ser oferecido aos pacientes no final de suas vidas vão determinar as circunstâncias de sua morte e formatar a maneira como estas pessoas vão viver seus últimos dias – em que lugar, acompanhadas por quem e com qual grau de sofrimento ou conforto. Estas decisões nos obrigam a encarar nossas posturas éticas em relação ao alívio do sofrimento, ao significado da vida e da morte, ao respeito aos [direitos das pessoas](#) e aos verdadeiros objetivos da medicina.

Eutanásia, suicídio assistido, distanásia e ortotanásia

O fato de a grande maioria das mortes acontecerem hoje no ambiente hospitalar faz com que os profissionais de saúde desempenhem um papel muito importante e decisivo na determinação da maneira de morrer das pessoas. Quatro conceitos diferentes sobre a forma de morrer precisam ser bem entendidos: eutanásia, suicídio assistido, distanásia e ortotanásia.

Eutanásia e suicídio assistido

O termo “eutanásia” foi usado pela primeira vez no contexto médico por Sir Francis Bacon (1561-1626), filósofo, cientista e jurista inglês. Bacon escreveu que “a morte deveria advir de forma indolor, feliz e tranquila”, durante a qual era “responsabilidade dos médicos aliviar o sofrimento físico do corpo.”⁶

Seu significado etimológico é “morte boa” (do grego: *eu* = bom/boa; *thanatos* = morte), porém ganhou uma conotação muito negativa durante o regime nazista quando milhares de pessoas portadoras de deficiência mental e defeitos físicos, consideradas como portadoras de “vidas indignas” foram mortas.⁷ Hoje, o entendimento geral é de que eutanásia significa abreviar a vida para aliviar o sofrimento. A prática da eutanásia não está necessariamente ligada à condição de terminalidade, mas sim ao alívio de um sofrimento considerado intolerável. Também não implica, necessariamente, que a morte da pessoa ocorra por solicitação desta. Considera-se que a eutanásia pode ser *ativa*, quando existe uma ação que determina diretamente a morte da pessoa ou *passiva*, quando a morte decorre da omissão de algum procedimento que poderia ter evitado esta mesma morte. É comum existir a confusão entre eutanásia passiva e ortotanásia, em virtude de ambas decorrerem de não intervenção médica, mas este não é o entendimento mais preciso. A diferença fundamental está na intenção. Enquanto na eutanásia passiva (ou ativa) o que se busca é a morte, na ortotanásia, é o alívio do sofrimento, sendo a morte, consequência. Você não quer matar para aliviar o sofrimento, quer apenas aliviar o sofrimento.

Nem todo paciente em uso de suporte artificial de vida é terminal ou não tem indicação de medidas de suporte. A eutanásia passiva consiste na suspensão ou omissão deliberada de medidas que seriam indicadas nestes casos e poderiam ser benéficas ao paciente, com intenção de matar, enquanto, na ortotanásia, há omissão ou suspensão de medidas que perderam sua indicação, por resultarem inúteis para o paciente, no grau de doença em que este se encontra.⁸ No Brasil, a eutanásia é crime, entendida como homicídio, previsto no artigo 121 do Código Penal. O Código de Ética Médica condena a prática no artigo 41: “É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.”

É frequente a confusão entre eutanásia e suicídio assistido. Enquanto na eutanásia o procedimento que leva à morte deve ser executado por alguém que não o paciente, e não necessariamente a pedido deste, no suicídio assistido o próprio paciente tem que desejar a morte e ser o agente ativo, com a orientação e auxílio de um médico ou terceiro. O ponto central desta distinção é a necessidade da participação do paciente na decisão sobre a forma de morrer, obrigatória no suicídio assistido. O suicídio assistido, às vezes chamado de “eutanásia voluntária”, é legal em alguns países da Europa (Holanda, Bélgica, Luxemburgo e Suíça) e em alguns estados norte-americanos (Oregon, Washington, Califórnia e Vermont). Em todos, menos na Suíça, exige-se que o suicídio seja assistido por um médico.^{9,10}

Distanásia

A distanásia ocorre quando impedimos o paciente de morrer, sem qualquer outra finalidade que não o aumento da quantidade de vida. Os avanços tecnológicos e científicos e os sucessos no tratamento de doenças levaram a medicina a se preocupar cada vez mais com a cura de doenças e a colocar em segundo plano o cuidado com o portador das doenças. Saúde passou a se definir como ausência de doença e a morte, o grande inimigo a ser derrotado. O objetivo do médico é prolongar ao máximo a duração da vida; a qualidade desta vida, difícil de ser medida objetivamente por métodos científicos ou tecnológicos, passou para o segundo plano. Esta postura é amparada por uma cultura de valorização da vida a qualquer preço, muito ligada à tradição religiosa da sacralidade da vida. Este conjunto – avanço tecnológico mais cultura de valorização extrema da vida, aqui confundida com valorização extrema do corpo – levou a situações conhecidas como de “obstinação terapêutica”, em que tratamentos vão sendo instituídos e intensificados sem que haja um planejamento terapêutico, sem que se estabeleçam metas de tratamento. Pacientes sem qualquer prognóstico de recuperação ou até mesmo de melhora são mantidos vivos, na verdade, impedidos de morrer. Esta postura de glorificação do corpo físico não respeita a sacralidade da vida.¹¹ A melhor maneira de evitar a distanásia é avaliar permanentemente os objetivos do tratamento, junto ao paciente e seus familiares, e procurar perceber quando o cuidado paliativo deve prevalecer.

Ortotanásia

A morte, quando inevitável, deve ser encarada com equilíbrio de atitudes e cercada de todos os cuidados possíveis para evitar a dor e o sofrimento. Uma mudança de paradigma é necessária para evitar os extremos da eutanásia e da distanásia. Enquanto o referencial for a medicina predominantemente curativa, é difícil encontrar um caminho que não pareça desumano, por um lado, ou descomprometido com o valor da vida humana, por outro. Destaco trechos extraídos do livro publicado pelo Conselho Federal de Medicina, intitulado "Iniciação à Bioética": "Dentro do horizonte da medicina curativa que entende a saúde primordialmente como a ausência de doença, é absurdo falar da saúde do doente crônico ou terminal porque, por definição, ele não tem nem pode ter saúde. Porém, se redimensionamos nosso conceito de saúde para focalizar suas dimensões positivas, descobrimos que existe sentido em se falar da saúde do doente crônico ou terminal, já que nos referimos a seu bem-estar físico, mental, social, cultural e espiritual, mesmo quando não há perspectiva de cura”.

Isto nos permite também desenvolver o conceito de ortotanásia que permite ao doente que já entrou na fase final de sua doença, e àqueles que o cercam, enfrentar seu destino com certa tranquilidade porque, nesta perspectiva, a morte não é uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida. Uma vez aceito este fato "abre-se a possibilidade de trabalhar a distinção entre curar e cuidar, entre manter a vida – quando isto for o procedimento correto – e permitir que a pessoa morra – quando sua hora chegou. Neste processo, o componente ético é tão importante quanto o técnico. O ideal é realizar a integração entre conhecimento científico, habilidade técnica e sensibilidade ética numa única abordagem. Quando se entende que a ciência, a técnica e a ética têm sua razão de ser no serviço à pessoa humana individual, comunitária e socialmente, descobre-se no doente crônico e terminal um valor até então escondido ou esquecido. Devemos respeitar sua autonomia: ele tem o direito de saber e o direito de decidir. Tem o direito de não ser abandonado; direito ao tratamento paliativo para amenizar seu sofrimento e dor; direito de não ser tratado como mero objeto cuja vida pode ser encurtada ou prolongada segundo as conveniências da família ou da equipe médica. Estas são exigências éticas que procuram promover o bem-estar do doente terminal e, conseqüentemente, sua saúde enquanto não morre. No fundo, ortotanásia é deixar morrer saudavelmente, cercado de amor e carinho, amando e sendo amado enquanto se prepara para o mergulho final no Amor que não tem medida e que não tem fim.”¹²

A ortotanásia é amparada pelo artigo Art. 41 do Código de Ética Médica, que diz em seu parágrafo único que “nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.”

Suspensão ou não introdução de terapia de suporte de vida

“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.” Este é o preâmbulo da Resolução 1.805, de novembro de 2006, do Conselho Federal de Medicina que trata do cuidado com o paciente terminal e que definiu e normatizou a ortotanásia no

Brasil.¹³ A Resolução deixa claro que são atitudes éticas a não-introdução e a suspensão de procedimentos e tratamentos que visem apenas prolongar a vida de pacientes em estado terminal. **Deixar morrer não é matar.**¹⁴

Não existe diferença do ponto de vista ético entre não introduzir ou suspender meios de sustentação de vida no paciente terminal, uma vez que não há no horizonte do tratamento a recuperação do paciente. Na prática, porém, observa-se que as equipes de saúde têm mais dificuldade em suspender procedimentos já iniciados do que não introduzir algum tratamento. Esta maior dificuldade pode ter fundamento psicológico e não deve evitar que procedimentos que estejam prolongando o sofrimento dos pacientes sejam interrompidos. Os profissionais de saúde devem se esforçar para compreender que ambas as condutas são ética e legalmente equivalentes e permitidas. Ainda, como está claro na Resolução 1.805, o doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-se o direito da alta hospitalar. A este respeito, a Lei Estadual nº 10.241, de março de 1999, conhecida por [Lei dos Direitos do Paciente](#), estabelece, em seu artigo 2o., inciso XXIV, que é direito dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo optar pelo local de morte.¹⁵ Assim, é lícito, se for este o desejo do(a) paciente ou de seu representante legal, permitir que um paciente terminal deixe a UTI ou mesmo o hospital para morrer onde desejar, ainda que a morte possa sobrevir rapidamente após a alta.

Reanimação cardiopulmonar

Uma das maiores conquistas da medicina foi a reanimação cardiopulmonar (RCP). As primeiras tentativas bem-sucedidas de desfibrilação externa em 1956, de respiração boca-a-boca em 1958 e de massagem cardíaca externa em 1958 e a publicação dos primeiros casos em que todas estas técnicas foram usadas simultaneamente em uma série de pacientes, com sucesso, em 1960, mudaram a definição de morte.¹⁶

A possibilidade de trazer alguém de volta à vida conferiu à RCP um caráter quase mágico, como se a capacidade de fazer o coração voltar a bater também proporcionasse ao paciente a recuperação da sua saúde. Além disso, em uma sociedade em que a mídia televisiva tem grande importância na informação e na formação de opinião da população, seriados muito populares de TV mostraram índices de sucesso de RCP de 70%¹⁷, bastante superior ao real, pois estudos mostram que o número de pacientes que recebem alta hospitalar após uma parada

cardíaca é inferior a 20%, se a parada ocorrer dentro do hospital¹⁸ e inferior a 7% se o paciente sofrer a parada fora do ambiente hospitalar.¹⁹ Este contexto sociocultural contribuiu para que muitas vezes os médicos se sentissem na obrigação de aplicar RCP a todo paciente que sofresse uma parada cardíaca. Como todo procedimento médico, porém, RCR tem indicações e contraindicações que devem ser respeitadas. Pacientes sem chance de recuperação não devem ser submetidos a um procedimento que não vai contribuir para a melhora do seu prognóstico. RCP, como outros tratamentos, deve fazer parte do plano terapêutico do paciente, e sua aplicação deve ser discutida previamente com este ou com seu representante legal. Podemos considerar as decisões de não aplicar RCP como diretivas antecipadas específicas para o caso de parada cardiorespiratória. Estudo relativo ao tratamento de crianças mostra que médicos e enfermeiros acreditam que discutem o que fazer em caso de parada cardiorrespiratória mais tarde do que deveriam e que a decisão de não reanimar serve como um indicativo para outras decisões envolvendo intervenções terapêuticas ao longo do tratamento em casos muito graves.²⁰ Outro estudo mostra que pacientes portadores de mais de uma morbidade, particularmente, desordens cognitivas, câncer e Acidente Vascular Cerebral, estão associados positivamente à decisão de não aplicar RCP.²¹

Caso seja decidido que o paciente não deve receber RCP, isto deve ser anotado em seu prontuário e comunicado a todos que participam do atendimento deste paciente. Esta decisão não deve ser unilateral, a não ser nos casos em que o paciente não tenha possibilidade de participar e não tenha representante legal, situação em que a equipe deve decidir baseada no que considera o melhor interesse do paciente. Como em toda diretiva antecipada, a decisão do paciente, se houver, prevalece sobre qualquer outra opinião não médica, inclusive sobre as opiniões de familiares. Nos casos em que houver discordância entre a equipe e o paciente e seus familiares quanto à propriedade da aplicação de RCP deve haver uma conversa mais clara sobre a situação clínica do caso e os motivos pelos quais a equipe acredita que a RCP é inútil. Muitas vezes, a conversa sobre RCP inicia um processo de discussão sobre os objetivos do tratamento do paciente terminal que pode vir a impedir a ocorrência de distanásia.

Definição de morte e morte encefálica

Antes da década de 60 do século XX, a definição biomédica de morte era relativamente simples: cessação dos batimentos cardíacos e dos movimentos respiratórios, ausência de pulso e de circulação do sangue eram considerados como sinais inequívocos de morte. Considerava-se morto alguém cujo corpo todo parava de funcionar. Algum erro nesta determinação podia

ocorrer e o pavor de ser enterrado vivo está entre os medos mais profundos da humanidade. Este medo ancestral deu origem aos velórios e a estratégias mais bizarras, como deixar uma corda ligando o punho do falecido a um sino do lado de fora do túmulo para o caso de o defunto “acordar” depois de sepultado e poder avisar que estava vivo. O sucesso das manobras de reanimação cardiovascular, drogas vasoativas, hemodiálise e, principalmente, dos respiradores artificiais obrigaram a uma redefinição do conceito de morte. O critério cardiopulmonar de morte já não era aplicável a todos os casos. Agora era possível manter vivo alguém que tinha alguma parte do corpo não funcionando. A possibilidade de manter vivas pessoas com graves lesões neurológicas permitiu a observação de casos em que o estado de coma era irreversível e caminhava rapidamente para deterioração de outras funções corporais, seguida de parada cardiorrespiratória. A este estado, pesquisadores franceses denominaram, em um artigo publicado em 1957, *coma dépassé* (coma ultrapassado).²² Estes autores, porém, não identificaram este estado como sendo equivalente à morte. Alguns anos depois, um comitê especial da faculdade de Medicina da Universidade Harvard publicou um relatório que definia o coma irreversível como um novo critério de morte. O relatório apontava que a morte do cérebro poderia ocorrer isoladamente e que, uma vez instalada, era irreversível. Os pacientes nesta situação jamais recobriam suas funções intelectuais e isto representaria um enorme fardo para eles próprios, para seus familiares, para os hospitais e para outros pacientes que ainda têm chance de recuperação mas não têm acesso à UTI porque o leito está ocupado por um paciente sem prognóstico.²³ Ao longo dos anos, o critério neurológico de morte foi se aperfeiçoando até chegar ao que hoje definimos como “morte encefálica”, definida como a completa e irreversível parada de todas as funções do encéfalo (cérebro e tronco encefálico). O conceito de “morte do corpo todo” foi substituído pelo de “morte do corpo como um todo”, já que, sem o controle proporcionado pelas estruturas encefálicas, o corpo perde a integridade funcional. Após a morte encefálica, seguem-se alterações fisiológicas que levam à parada cardíaca, geralmente em um período de algumas horas a poucos dias.²⁴ Com tratamento intensivo já se conseguiu manter a estabilidade hemodinâmica de um paciente por 165 dias²⁵ e há relatos de mulheres grávidas que foram mantidas estáveis após o diagnóstico de morte encefálica até que o feto atingisse maturidade suficiente para o parto.²⁶

O Brasil adotou a morte encefálica como critério legal de morte em 1997, através da lei que regulamenta o transplante de órgãos e tecidos no país.²⁷ No mesmo ano, por determinação da lei, o CFM publicou a Resolução 1480 que especifica os critérios para a determinação da morte encefálica.²⁸ A partir destes documentos legais, a morte encefálica passou a ser

reconhecida como critério de morte no país, juntamente com a morte cardiorespiratória. Em 2007, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou uma resolução afirmando que todo suporte de vida pode ser retirado do paciente não-doador de órgãos quando declarada a morte encefálica, e que na Declaração de Óbito deve constar como data e hora da morte o momento da determinação da morte encefálica.²⁹

O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou atualização de critérios para a definição de morte encefálica e critérios para seu diagnóstico, por meio da Resolução nº 2.173/17, que substituiu a de nº 1.480/97, atendendo à lei nº 9.434/97 e ao decreto presidencial nº 9.175/17, que regulamentam o transplante de órgãos no Brasil.³⁰

A definição de um critério legal de morte não significa que a questão está resolvida em todos os campos. A morte continua sendo um problema filosófico, religioso, social e cultural. Mesmo no meio médico há quem não aceite a morte encefálica como critério de morte, alegando que este é um conceito complexo, que extrapola a biociência. Para algumas pessoas é incompreensível que alguém esteja morto, mas com algumas funções preservadas e com o coração batendo. Estas objeções devem ser ouvidas e respeitadas, mas deve haver um limite: não se pode ocupar um leito com um paciente legalmente morto se houver a necessidade de atender outro paciente com possibilidade de recuperação. Nestas situações, recomenda-se acomodar o paciente em morte encefálica em outro leito, de preferência em um lugar que permita a presença dos familiares e amigos, manter a ventilação artificial e cuidados básicos de higiene, e aguardar a parada cardíaca. Outros tratamentos que o paciente estava recebendo antes da morte encefálica podem ou não ser removidos, de acordo com o que o médico e os familiares do paciente resolverem, mas não deve haver aumento na intensidade de nenhum tratamento, nem introdução de novas medidas.

Considerações finais

Destaco trecho de nossa co-autoria publicado na Sociedade Brasileira de Bioética: “A morte aparece hoje em nossa sociedade como um tabu e como assunto de intensas discussões no âmbito da saúde. Os avanços da tecnologia médica e a possibilidade real de intervenção no processo de morte suscita debates acerca de situações de *Eutanásia* (antecipação do momento da morte) e *Distanásia* (prolongamento obstinado do processo de morrer). É importante enfatizar a *Ortotanásia* que é o uso racional dos recursos terapêuticos visando uma morte digna,

com melhor controle possível do sofrimento e da dor, evitando um prolongamento desnecessário do processo de morrer.

Para além do conceito de *Ortotanásia*, recentemente tem-se buscado o resgate de uma disposição especial de enfrentamento da doença, que dá sentido à morte, através de um processo de morrer socialmente compartilhado e ritualizado. Este conceito tem sido referido como *Calotanásia* (do grego: *kalos* - bela e *thanatos* - morte), que é mais abrangente e menos conhecido que a da Ortotanásia e tem sido chamado simplesmente como “boa morte” ou até “bela morte”. Entende-se hoje que uma boa medicina não é suficiente para uma boa morte. É necessária a combinação de recursos terapêuticos, morais e espirituais. A noção de Calotanásia, que fundamenta o moderno movimento *hospice*, inclui os esforços para o cuidado respeitoso com as crenças e valores que dão sentido à vida (e, portanto, também à morte) do paciente e sua família. Este conceito deve ser divulgado e incorporado, devendo fazer parte da formação de todos os profissionais de saúde, particularmente aqueles envolvidos com Cuidados Paliativos, Terminalidade e Bioética.”

Referências bibliográficas

1. WHO – World Health Organization. 2017 World Health Statistics. [internet] Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf?sequence=1>
2. Ariès P. A história da morte no ocidente. São Paulo: Nova Fronteira; 2012.
3. Cassel EJ. The nature of healing: The modern practice of medicine. New York: Oxford University Press; 2013. pg. 73-4.
4. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: São Camilo:Loyola; 2001.
5. Berlinger N, Jennings B & Wolf SM. The Hastings Center guidelines for decisions on life-sustaining treatment and care near the end of life. 2nd Ed. New York: Oxford University Press;2013. pg. 57-8.
6. Bacon F. The advancement of learning. [internet].London: Cassel; 1893 [acesso em 2021 ago 15]. Disponível em <https://www.gutenberg.org/files/5500/5500-h/5500-h.htm>
7. Steger F, Görgl A, Strube W, Winckelmann HJ & Becker T. Transferred to another institution: Clinical histories of psychiatric patients murdered in the nazi “euthanasia” killing program. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2011; 48(4):268-74
8. Villas-Bôas MA. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. *Rev Bioética.* 2008; 16(1): 61-83.
9. Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M. Euthanasia and assisted suicide in selected European countries e US states: systematic literature review. *Med Care.* 2013;51(10):938-44.
10. Lewis P, Black I. Adherence to the request criterion in jurisdictions where assisted dying is lawful? A review of the criteria and evidence in the Netherlands, Belgium, Oregon, and Switzerland. *J Law Med Ethics.* 2013; 41(4):885-98
11. Discurso do Papa João Paulo II aos participantes na assembleia plenária da Pontifícia Academia para a Vida. Roma; 1999.
12. Martin LM. Eutanásia e distanásia. in: Costa SIF, Garrafa V & Oselka G [orgs]. Iniciação à bioética. [internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. [acesso em 2021 ago 15]. Disponível em <http://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/inicio%20%20biotica.pdf>
13. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805: Terminalidade [internet]. Brasília; 9 de novembro de 2006. [acesso em 2021 ago 15]. Disponível em <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=18>
14. Torres JHR: aula proferida aos alunos do quarto da Faculdade de Medicina da Unicamp; em 2016.
15. Oselka G. Direitos dos pacientes e legislação. *Rev Ass Med Brasil.* 2001; 47(2):104-5. [acesso em 2021 ago 15]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000200024>.
16. De Bard ML. The history of cardiopulmonary resuscitation. *Ann Emerg Med.* 1980; 9(5):273-5.
17. Diem SJ, Lantos JD, Tulsy JA. Cardiopulmonary resuscitation on television: miracles and misinformation. *NEJM.* 1996; 334(24):1578-82.
18. Ehlenbach WJ, Barnato AE, Curtis JR, Kreuter W, Koepsell TD, Deyo RA, Stapleton RD. Epidemiologic study of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *NEJM.* 2009; 361(1):22-31.
19. Sasson C, Rogers MAM, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2010;3(1):63-81.

20. Sanderson A, Zurakowski D, Wolfe J. Clinician perspectives regarding the Do-Not-Resuscitate order. *JAMA Pediatrics*. 2013; 167(10):954-958.
21. Decker L, Annweiler C, Launay C, Fantino B, Beauchet O. Do not resuscitate orders and aging: impact of multimorbidity on the decision-making process. *J Nut Health Aging*. 2014;18(3):330-5.
22. Mollaret P, Goulon M. Le coma dépassé. *Rev Neurol (Paris)*. 1957; 101(4):3-15.
23. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death: A definition of irreversible coma. *JAMA*. 1968; 205(6):85-88.
24. Parisi JE, Kim RC, Collins GH, Hilfinger MF. Brain death with prolonged somatic survival. *NEJM*. 1982; 306(1):14-16. Disponível em:
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=24.%09Parisi+JE%2C+Kim+RC%2C+Collins+GH%2C+Hilfinger+MF.+Brain+death+with+prolonged+somatic+survival.+NEJM.+1982%3B+306\(1\)%3A14-16](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=24.%09Parisi+JE%2C+Kim+RC%2C+Collins+GH%2C+Hilfinger+MF.+Brain+death+with+prolonged+somatic+survival.+NEJM.+1982%3B+306(1)%3A14-16).
25. Maruya J, Nishimaki K, Nakahata J, Suzuki H, Fujita Y, Minakawa T. Prolonged somatic survival of clinically brain death adult patient: case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2008; 48:114-17.
26. Souza JP, Oliveira-Neto A, Surita FG, Cecatti JG, Amaral E, Pinto e Silva JL. The prolongation of somatic support in a pregnant woman with brain-death: a case report. *Reproductive Health*. [internet].2006 [acesso em 2014 mar 19]; 3(3). Disponível em <http://www.reproductive-health-journal.com/content/pdf/1742-4755-3-3.pdf>
27. Brasil. Lei 9434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. [acesso em 2021 ago 15]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm
28. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1480, de 8 de agosto de 1997. [acesso em 2014 mar 18]. Disponível em http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm
29. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1826, de 06 de dezembro de 2007. [acesso em 2021 ago 15]. Disponível em http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1826_2007.htm
30. Brasil. Resolução N° 2.173, de 23 de Novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. *Diário Oficial da União*. 15 Dez 2017. [acesso em 2021 ago 15]. Disponível em: em:
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>