

**A VEDAÇÃO DA OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA À LUZ DA
RESOLUÇÃO Nº 2.156/2016, DO CONSELHO
FEDERAL DE MEDICINA⁵⁰**

Larissa de Paula Ferreira (UENF)

larissadepaulaf@gmail.com

Hideliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral (UENF)

hildeboechat@gmail.com

Carlos Henrique Medeiros de Souza (UENF)

chmsouza@gmail.com

RESUMO

Estudos recentes indicam que a morte ainda tem sido um tabu nas sociedades desenvolvidas. Certamente, este é um fenômeno inevitável e inerente a qualquer ser vivo. Prevenir a mortalidade antecipada é um importante objetivo da medicina em busca de cura. No entanto, cumpre ressaltar, que, sempre deve existir uma saudável tensão entre o estágio derradeiro da vivência humana e o dever medicinal de aceitar a finitude como destino de todos os seres humanos, pois se assim não for, os profissionais da saúde, em nenhum momento, estarão devidamente preparados para lidar com o fenômeno da inevitabilidade da morte. Neste contexto, verifica-se, frequentemente, a institucionalização e medicalização do morrer, especialmente nos hospitais em que o emprego de aparelhos com alta tecnologia viabilizam artificialmente a manutenção do corpo do paciente em funcionamento, independentemente da condição e da constatação da qualidade de vida. Assim, o presente artigo analisa a seguinte situação-problema: que fundamentos da Resolução nº 2.156 do CFM respaldam a vedação da obstinação terapêutica? Tem-se por objetivo examinar o contexto, bem como os elementos que compõem o dilema da distanásia, ou seja, analisar os limites ético-jurídicos do prolongamento do processo de morte à luz da Resolução nº 2.156/2016, do Conselho Federal de Medicina. Torna-se essencial abordar esta problemática pela contemporânea atenção e sucessivas discussões explícitas acerca da obstinação terapêutica, também conceituada como tratamento fútil ou distanásia, tendo em vista o progresso da medicina, bem como o próspero avanço da tecnologia. Por intermédio da metodologia qualitativa, a abordagem baseia-se em diversas obras e artigos científicos de teóricos sobre o assunto como Dadalto (2017), Marreiro (2014), Vieira (2012), Becker (2015), Pessini (2007), Sertã (2005), entre outros, bem como em dispositivos legais de notória relevância, a saber, CRFB/1988, Resoluções nº. 2.156/2016 (definidora dos critérios para admissão de pacientes em UTIs) e nº 1.805/2006 (disciplinadora da Ortotanásia) do Conselho Federal de Medicina (CFM) e ainda, o Código Civil Brasileiro de 2002.

Palavras-chave:

**Tecnolatria. Obstinação terapêutica. Terminalidade da vida.
Resolução 2.156 do CFM. Eticidade.**

⁵⁰ Agradecemos à CAPES pelo apoio financeiro às pesquisas científicas do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro.

1. Considerações iniciais

A obstinação terapêutica é uma discussão importante da Bioética contemporânea e também um dilema a ser analisado à luz da princípio logia constitucional a fim de se demonstrar as implicações da morte angustiante e postergada – sua consequência direta – no cumprimento dos ideais que inspiraram a adoção do princípio da dignidade da pessoa humana como valor máximo do ordenamento jurídico a partir da vigente Constituição Federal, em 1988.

A tecnolatria tem sido um fenômeno adotado pela medicina contemporânea. Vive-se uma verdadeira idolatria pelos equipamentos advindos do desenvolvimento tecnocientífico verificado a partir da segunda metade do século passado, alcançando avanços que, aplicados à saúde, facultaram prolongar a vida humana por um lapso temporal cada vez mais extenso, o que passou a despertar análises críticas e questionamentos acerca da adoção legítima da conduta da obstinação terapêutica, consistente na postergação não da vida, mas do processo de morrer. Essa realidade – das novas tecnologias a serviço da saúde humana – reclama por detalhado estudo sobre os limites éticos do prolongamento artificial da vida, buscando-se compreender até que ponto importa prolongar a vida humana à custa de dor e sofrimento, pondo em risco a dignidade da pessoa enferma.

Em contraposição à obstinação terapêutica e à utilização de suporte vital nos casos em que a vida humana deixa de ser viável, ou ainda, quando a vida caminha para o seu inexorável fim, o Conselho Federal de Medicina editou em 2016 a Resolução nº 2.156 que estabelece critérios objetivos para a admissão de pacientes na UTI, vedando admissão daqueles que se encontrarem em estado já não responsivo à medicina curativa.

2. Obstinação terapêutica: conceituação e contornos

A morte humana nunca foi uma questão de fácil enfrentamento. Norbert Elias explica que essa realidade se deve ao fato de ser o homem o único ser vivente que tem consciência de que um dia irá morrer; por isso, “a morte constitui um problema só para os seres humanos” (ELIAS, 2001, p. 10). Comenta ainda o referido autor que:

Embora [os seres humanos] compartilhem o nascimento, a doença, a juventude, a maturidade, a velhice e a morte com os animais, apenas eles, dentre todos os vivos sabem que morrerão; apenas eles podem prever seu próprio fim, estando cientes de que pode ocorrer a qualquer momento e

tomando precauções especiais – como indivíduos e como grupos – para proteger-se contra a ameaça da aniquilação. (ELIAS, 2001, p. 10)

A morte acontecerá para todos, não sendo possível recusar o destino da existência humana, por esse motivo, são necessárias condutas no sentido do enfrentamento da morte, visando concebê-la como fase da vida humana:

Finalmente, podemos encarar a morte como um fato de nossa existência; podemos ajustar nossas vidas, e particularmente nosso comportamento em relação às outras pessoas, à duração limitada de cada vida. Podemos considerar parte de nossa tarefa fazer com que o fim, a despedida dos seres humanos, quando chegar, seja tão fácil e agradável quanto possível para os outros e para nós mesmos; e podemos nos colocar o problema de como realizar essa tarefa. Atualmente, essa é uma pergunta que só é feita de maneira clara por alguns médicos – no debate mais amplo da sociedade, a questão raramente se coloca. (ELIAS, 2001, p. 8)

Vê-se, portanto, que a finitude humana consiste em um dilema de necessário enfrentamento, pois “de todas as coisas que movem o homem, uma das principais é o seu terror da morte” (BECKER, 2015, p. 31).

Morrer faz parte da vida. Sobre essa inevitável realidade:

Será que não cabe a nós confessar que em nossa atitude civilizada em relação à morte estamos, uma vez mais, vivendo psicologicamente além de nossos recursos, e devemos nos reformar e dar à verdade o valor que ela merece? Não seria melhor dar à morte o lugar na realidade em nossos pensamentos que lhe pertence, e dar um pouco mais de destaque àquela inconsciente atitude para com a morte que até aqui temos suprimido com tanto cuidado? Isso nem parece, realmente, uma realização de maior vulto, mais sim um passo atrás... mas tem o mérito de levar um tanto mais em consideração a verdadeira situação [...] (FREUD *apud* BECKER, 2015, p. 31)

A condição de seres mortais precisa ser reconhecida como meio de se propiciar um morrer em paz, digno, humano e justo. Nunes destaca que à ciência cabe evoluir junto à preocupação de oportunizar a morte digna, enfatizando:

[...] falar de morte com dignidade, seja na ética ou no direito, implica em primeiro lugar uma clarificação conceitual. Porque, em boa verdade ‘morte digna’ é uma realidade passível de distintas apreciações tanto na linguagem mais fluida da ética como na perspectiva mais hermética do direito. E havendo hoje um consenso internacional alargado, pelo menos na medicina, sobre a licitude de determinadas intervenções médicas em fim de vida – tal como a Ortotanásia, a suspensão ou abstenção de tratamentos desproporcionados, as ordens de não reanimar ou mesmo sobre a importância do testamento vital e de outras diretivas antecipadas de vontade – persiste a dúvida sobre o real valor da vida humana e sobre o seu caráter

sagrado e inviolável. (NUNES, 2017, p. 05)

No entanto, neste cenário, verifica-se frequentemente que, movidos pela ânsia de “salvar a vida” a qualquer custo, família e médicos intervêm com tratamentos fúteis, cujos resultados estão aquém da expectativa de uma vida normal, de uma existência qualitativa.

No momento em que o médico – muitas vezes estimulado pela família – ministra procedimentos que em nada beneficiam “a pessoa em fase terminal e que prolonga inútil e sofridamente o processo do morrer, procurando distanciar a morte”, configura-se o excesso terapêutico (PESSINI, 2004, p. 252). “Há, por assim dizer, uma busca insensata pela imortalidade humana” (MARREIRO, 2014, p. 47).

Portanto, a obstinação terapêutica significa “‘morte lenta’, ansiosa e com muito sofrimento. Pode ser até violência, uma vez que acaba submetendo a pessoa a recursos terapêuticos dolorosos ou degradantes que não levam a nada” (ANJOS *apud* PESSINI, 2007, p. 195). Desse modo, segundo os civilistas Cristiano Chaves de Farias e Nelson Rosenvald:

[...] é o prolongamento artificial do processo (natural) de morte, ainda que à custa do sofrimento do paciente. É a continuação, por intervenção da Medicina, da agonia, mesmo sabendo que, naquele momento, não há chance conhecida de cura. Enfim, é uma verdadeira obstinação pela pesquisa científica, pela tecnologia e tratamento médico, olvidando o direito do paciente à sua dignidade intangível, mesmo no momento da morte. (FARIAS; ROSENVALD, 2015, p. 314-15)

Mônica Silveira Vieira (2012, p. 233-4) afirma que a obstinação terapêutica, também denominada distanásia, tratamento fútil, tratamento inútil, futilidade médica, obstinação irracional ou excesso terapêutico, “atenta contra a dignidade da pessoa humana, devendo ser evitada”, pois ao final se resume em uma “existência antinatural, totalmente mantida de forma mecânica”.

A futilidade do tratamento está intimamente relacionada à sua absoluta desnecessidade, uma vez que nada poderá promover a cura, não sendo possível modificar o quadro do paciente, portanto irrelevante qualquer atuação, intervenção ou medicamento, ou seja, refere-se a toda terapêutica ministrada “em pacientes portadores de graves moléstias, para as quais não há solução facilmente identificável pela ciência médica” (SERTÃ, 2005, p. 32). Nesse sentido:

Os tratamentos têm sido categorizados como fúteis quando não atingem os objetivos de adiar a morte; prolongar a vida; melhorar, manter ou restaurar a qualidade de vida; beneficiar o paciente; beneficiar o paciente

como um todo; melhorar o prognóstico; melhorar o conforto do paciente, bem-estar ou estado geral de saúde; atingir determinados efeitos fisiológicos; restaurar a consciência; terminar a dependência de cuidados médicos intensivos; prevenir ou curar a doença; aliviar o sofrimento; aliviar os sintomas; restaurar determinada função; e assim por diante. (PESSINI, 2007, p. 62)

São tratamentos que não apresentam nenhuma utilidade, não trazem benefício algum ao enfermo ou à sua família, não produzem qualquer efeito, sendo certo que seu resultado é indiferente para o quadro clínico ou para o bem-estar do paciente. Esclarecendo sobre a complexidade do excesso terapêutico Vieira (2012, p. 235) ressalta que “se deve evitar que a medicina e a tecnologia tornem-se um fim em si mesmas, verdadeiras armas na inútil batalha de preservar a vida que, do ponto de vista natural, praticamente não existe mais”.

De fato, a tecnologia promove numerosos benefícios para o bem-estar humano. Por isso, de modo algum pode ser entendida como uma conquista negativa, demonizada. A objeção está “na forma pela qual vem sendo utilizada por muitos profissionais de saúde” (VIEIRA, 2012, p. 234). A esse respeito, leciona Martin sobre os reais objetivos da medicina e adverte que dentre eles não se consagra o dever de prolongar indefinidamente a vida. Na perspectiva do autor:

Com a modernização da medicina, novos estilos de praticar a ciência e novas atitudes e abordagens diante da morte e do doente terminal emergiram. O paradigma tecnocientífico da medicina se orgulha, com bastante razão, diante dos significativos avanços obtidos nos últimos cem anos nas ciências e na tecnologia biomédica. Atualmente, doenças e feridas antigamente letais são curáveis desde que tenham tratamento adequado. O orgulho, porém, facilmente se transforma em arrogância e a morte, ao invés de ser o desfecho natural da vida, transforma-se num inimigo a ser vencido ou numa presença incômoda a ser escondida. (MARTIN, 1998, p. 173)

A hospitalização precisa visar um modelo mais humanista, não submetendo o doente a terapêuticas exclusiva e objetivamente técnicas, a condutas que transgridam a sua dignidade.

Com doença em estado terminal, quando nenhum tratamento empregado produzirá cura, indicam-se cuidados assistenciais, que aliviem o sofrimento e a dor, que amparem o enfermo e não a sua doença, que lhe permita um morrer digno e em paz.

3. O fenômeno da tecnolatria como propulsor da obstinação terapêutica e a vedação de condutas distanásicas pelas resoluções nº 1.805/2006 e nº 2.156/2016 – ambas do Conselho Federal de Medicina

A dificuldade em aceitar a finitude da vida, a busca desenfreada por adiamento da morte, como se fosse possível promover a imortalidade humana, fomenta a obstinação terapêutica, prática comum e corriqueira no cotidiano dos hospitais e unidades de terapias intensivas brasileiras (UTIs), porque os profissionais cultivam a “tecnolatria”:

Podemos ser sim curados de uma doença classificada como mortal, mas não de nossa mortalidade. Quando esquecemos disso, acabamos caindo na tecnolatria e na absolutização da vida biológica pura e simplesmente. É a obstinação terapêutica adiando o inevitável, que acrescenta somente sofrimento e vida quantitativa, sacrificando a dignidade. (PES-SINI; BARCHIFONTAINE, 2012, p. 455)

Blanco (1997, p. 31) se refere à distanásia como “encarniçamento terapêutico”. Utiliza uma expressão de significado forte e extremista para caracterizar o estado de quase-morte do moribundo quando a doença se encontra em fase terminal e a medicina insiste na tentativa inútil de aplicar procedimentos e administrar medicamentos que em nenhum momento trazem benefício ao doente.

À vista disso, Elizabeth Kübler-Ross (2012), norte-americana que realizou estudos com pessoas em fase terminal de uma doença, conclui que atualmente o processo de morte nas instituições hospitalares é frio e desumano, pois as UTIs transformaram-se em lugares impessoais, acolhedoras de pessoas vistas como um simples objeto. Na mesma perspectiva:

A dificuldade de enfrentar a finitude humana, aliada aos crescentes avanços tecnológicos no âmbito das ciências da saúde, que propiciam tantos e tão variados tipos de intervenções, procedimentos e tratamentos, resulta em nossos dias numa tendência à prática da obstinação terapêutica, de modo a evitar ou adiar a morte – nossa grande inimiga – ao máximo. (MÖLLER, 2012, p. 24)

Sob o progresso tecnocientífico, a medicina erroneamente passa a venerar a tecnologia em virtude do poder concedido por modernos aparelhamentos – muitas vezes mantenedores artificiais da vida, das funções e órgãos vitais já, reconhecidamente, deteriorados pela enfermidade – e opta por perseguir uma cura impossível de se realizar no plano fático, ocasionando uma preterição da dignidade da pessoa humana em detrimento da “infalibilidade” da ciência, impondo ao paciente extrema dor e sofrimento.

“O paradigma tecnocientífico absolutiza o valor da vida humana física, justificando todo e qualquer esforço para prolongar ao máximo possível os sinais vitais” (VIEIRA, 2012, p. 238). Sobre essa questão, relevantemente Vieira destaca:

Fica claro, assim, que se deve evitar que a medicina e a tecnologia tornem-se um fim em si mesmas, verdadeiras armas na inútil batalha de preservar uma vida que, do ponto de vista natural, praticamente não existe mais. [...] Tal objetivo parece longe de ser alcançado, pois ainda predomina, na atualidade, o ‘paradigma da cura’, ‘prisioneiro do domínio tecnológico’, que procura se valer do emprego da alta tecnologia, com evidente proliferação das UTIs, deixando cada vez mais de lado as práticas de caráter humanista, como o carinho com os doentes, a presença solidária junto a estes e à sua família. (VIEIRA, 2012, p. 237)

Acerca da bioética e seu objeto de estudo, Pessini e Barchifontaine (2014, p. 205) enfatizam ser indispensável viver com qualidade assim como alertam que “se tivermos um bom entendimento da pessoa, teremos encontrado o caminho de uma resposta aceitável para muitos problemas”.

Diante disso, o ordenamento constitucional brasileiro assegura o direito à vida que, conforme ensina Moraes (2013, p. 87), é “o pré-requisito à existência e exercício de todos os demais”.

A Lei Maior não comanda uma arbitrária obrigação de viver, mas a defesa imperativa de uma existência fundada na dignidade da pessoa humana. Dessa forma, estabelecem as Resoluções nº 1.805/2006 e nº 2.156/2016, ambas do Conselho Federal de Medicina: a primeira solidifica a necessidade de promoção da morte no tempo certo (Ortotanásia), isto é, pacífica, sem tratamentos agressivos, brutais, ainda que diante de recursos vitais disponíveis e que permitam o seu prolongamento e a segunda sanciona critérios para a admissão de pacientes cujo potencial de recuperação é nulo em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), determinando o equilíbrio terapêutico frente a situações irremediáveis (DADALTO; SAVOI, 2017).

Mesmo não existindo no sistema jurídico federal legislação específica sobre a distanásia, afirma-se a vedação dessa prática sob o viés ético-jurídico. Indispensável ainda salientar a expressa vedação do excesso terapêutico e a ratificação dessa conduta como infração ético-disciplinar, pela Resolução nº 1.931/2009 do CFM – O Código De Ética Médica (CEM).

A medicina começa a se empenhar em reconhecer que, apesar de toda modernização e inovação tecnológica, incumbe-lhe o dever de res-

gatar a dignidade, visando sempre o “valor da vida humana, sem idolatrar sua dimensão física” (PESSINI, 2007, p. 58).

4. Considerações finais

O número de pacientes com doença em estado terminal que desejam ter a vida postergada é crescente e a cada dia os recursos tecnológicos tendem a permitir o aumento quantitativo da vida, muitas vezes em detrimento da qualidade de vida. No entanto, é necessário reconhecer que o fim da vida consiste em um estágio da natureza do homem e de todo ser vivo.

Ampliações na seara científica demandam estudos interdisciplinares no que se refere à pessoa humana, notadamente em dois contextos específicos: o nascimento e a morte, pois sobre tais fases da vida a medicina e a tecnologia conquistam grandes progressos.

Nota-se o despertar social e científico para a promoção de um ambiente favorável ao momento da morte, ratificando as discussões a respeito da obstinação terapêutica e de seus efeitos maléficos à pessoa e à sua dignidade.

Por certo, há relação entre a obstinação terapêutica e a Resolução nº 2.156/16 editada pelo Conselho Federal de Medicina de tal modo que nessa normativa são encontrados elementos que embasam a premissa de que não é adequado submeter o paciente terminal à distanásia.

A não sujeição do enfermo em estágio terminal a tratamentos curativos em UTI consolida a efetivação do valor da dignidade da pessoa humana, uma vez que tal resolução exige um tratamento humanizado à pessoa enferma e não a manutenção da vida em detrimento sua dignidade.

Vê-se, portanto, que a concentração de obstinadas tentativas de cura ante a inevitabilidade da morte, desconsiderando as verdadeiras necessidades da pessoa, tende a avolumar progressivamente enquanto a prática médica predominante não atentar devidamente para o sofrimento no final da vida.

Essas reflexões pretendem despertar a comunidade acadêmica e a sociedade para a importância da qualidade de vida do paciente, para a importância de se acrescentar mais vida aos dias do que mais dias à vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLANCO, Luis Guillermo. *Muerte digna: considerações bioético-jurídicas*. Buenos Aires: AD-HOC S.R.L., 1997.

BRASIL. CRFB. *Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988*. Lex. Brasília, DF, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 31 ago. 2018. (ISBN: 978-85-224-7863-7).

_____. *Resolução nº 2.156/2016, de 28 de outubro de 2016*. Define os critérios para admissão e alta de pacientes em UTIs. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26557:2016-11-17-13-28-46&catid=3>. Acesso em: 20 out. 2018.

_____. *Resolução nº 1.805/2006, de 09 de novembro de 2006*. Ortotanásia. Brasília, DF, 28 nov. 2006. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 01 set. 2018.

_____. *Resolução nº 1.931/2009, de 17 de setembro de 2009*. Código de Ética Médica. Brasília, DF, 13 out. 2009. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_14.asp>. Acesso em: 01 set. 2018.

CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat. Ortotanásia: Permitir Morrer Não Significa Simploriamente Deixar Morrer. In: *Revista Brasileira de Direitos Humanos*, Porto Alegre, v. 18, p. 53-61, jul./set. 2016. Mensal.

DADALTO, Luciana; SAVOI, Cristiana. Distanásia: entre o Real e o Ideal. In: GODINHO, Adriano Marteleto *et al.* (Coord.). *Tratado brasileiro sobre o Direito Fundamental à Morte Digna*. São Paulo: Almedina, 2017. Cap. 8. p. 151-165. (ISBN 978-858-49-3214-6).

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos – seguido de “Envelhecer e morrer”*. Rio de Janeiro: Zahar, Trad. de Plínio Dentzien. 2001.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. *Curso de Direito Civil – parte geral e LINDB*. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

KOVÁCS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. In: *Revista Bioética*. Abr 2014, vol. 22, n. 1, p. 94-104.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

MARREIRO, Cecília Lôbo. *O direito à morte digna: uma análise ética e legal da ortotanásia*; Curitiba: Appris, 2014.

MARTIN, Leonard C. Eutanásia e Distanásia. Iniciação à Bioética. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira *et al.* (Coord.). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 173.

MÖLER, Letícia Ludwig. *Direito à morte com dignidade e autonomia – o direito à morte de pacientes terminais e os princípios da dignidade e autonomia da vontade*. Curitiba: Juruá, 2012.

MORAES, Alexandre de. *Direitos humanos fundamentais: teoria geral, comentários aos arts. 1º a 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência*. 10. ed. -São Paulo: Atlas, 2013.

PEREIRA, Rodrigo Moreira. A Morte na Perspectiva da Humanização da Medicina. In: CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat *et al.* (Coord.). *Ortotanásia: Bioética, Biodireito, Medicina e direitos de personalidade*. Cap. 12. Belo Horizonte: Del Rey, 2015. p. 121-8 (ISBN 978-85-384-0421-7)

PESSINI, Léo. Distanásia: Algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. In: LEITE, Eduardo de Oliveira (Coord.). *Grandes temas da atualidade: Bioética e Biodireito*. Rio de Janeiro: Forense, 2004. p. 252

_____. Léo. *Distanásia: Até quando prolongar a vida*. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007. 430 pp (ISBN 978-85-15-02400-1)

_____. Leocir. *Distanásia: Até quando prolongar a vida?* São Paulo: Loyola, 2007.

_____; BARCHIFONTAINE, Christian de P. de. *Problemas atuais de Bioética*. São Paulo: Loyola, 2014.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Um novo testamento: testamentos vitais e diretivas antecipadas. In: PEREIRA, Rodrigo da Cunha (Coord.). *Família e dignidade humana*. Anais do V Congresso de Direito de Família. Belo Horizonte: IBDFAM, 2006.

SANTORO, Luciano de Freitas. *Morte Digna: o direito do paciente terminal*. Curitiba: Juruá, 2012.

SERTÃO, Renato Lima Charnaux. *A distanásia e a dignidade do paciente*. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

VIEIRA, Mônica Silveira. *Eutanásia: humanizando a visão jurídica*. Curitiba: Juruá, 2012.