



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO ARAGUAIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
CURSO DE DIREITO**

**MELISSA REZENDE BORGES**

**ORDEM DE NÃO REANIMAR**

**Uma análise do conflito entre a Bioética e o sistema jurídico  
brasileiro**

**BARRA DO GARÇAS**

**2022**

**MELISSA REZENDE BORGES**

**ORDEM DE NÃO REANIMAR**

**Uma análise do conflito entre a Bioética e o sistema jurídico  
brasileiro**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito, da Universidade Federal de Mato Grosso, do Instituto de Ciências Humanas e Sociais, do Campus Universitário do Araguaia, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em direito sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Morbio.

**BARRA DO GARÇAS**

**2022**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu pai, Luiz Antonio, por ser uma referência de acolhimento e honestidade e estar sempre disposto a me mostrar o caminho da bondade e compreensão.

Às minhas mães, Ana Clara e Leninha, por serem a personificação de família, e ponto de apoio para mim e a todos ao redor.

À minha tia e madrinha Zenaide e aos meus irmãos, Dioggo, Roger, Ricardo e Yasmin que nunca mediram esforços para me ajudar.

Às minhas primas/irmãs, Giovanna e Hellen; aos meus amigos Camila, Gabriela, Higor, Thais, Thaynara e todos aqueles que, direta ou indiretamente, me deram suporte e me possibilitaram chegar até aqui por todo apoio emocional durante a vida e graduação.

À professora Bruna Silveira Roncato, pela paciência, gentileza e persistência, é certamente reconfortante em tempos tão conturbados tê-la como minha principal orientadora nesta monografia, e que não pôde chegar comigo até a apresentação pelo motivo mais lindo – o Valentim.

À minha orientadora Ana Paula Morbio e co-orientadora extraoficial Rosana Rosa, por aceitarem esse desafio com tão pouco tempo e me orientar, me ajudar e me guiar nessa etapa tão importante.

E, agradeço ao meu companheiro, Antonio Gean, a quem principalmente dedico esse trabalho, por todo o apoio e incentivo para que eu não desistisse ao longo do percurso, pelo amor, compreensão e suporte emocional e por me dar a certeza de que não ando só.

## RESUMO

O presente trabalho se propôs a realizar uma abordagem a respeito do conflito entre a Bioética e sistema jurídico na aplicação da Ordem de não reanimar no panorama jurídico brasileiro. O estudo visou analisar a situação sob a ótica dos direitos fundamentais consolidados pela Constituição Federal de 1988, com ênfase no direito à vida, à dignidade e à autonomia. Discutindo, também, a respeito do aparente conflito entre a bioética e os direitos fundamentais brasileiro. Trouxe a importância e os riscos da manobra de ressuscitação cardiopulmonar. Outra questão tratada, é acerca da suposta hierarquia existente entre as garantias fundamentais, na qual, o direito à vida se sobreporia a qualquer outro direito. Buscou-se entender até que ponto o direito à vida pode, ou não, cercear outros direitos. Para tanto, este estudo descritivo explicativo, utilizou-se da pesquisa bibliográfica e documental pelo método hipotético-dedutivo com consulta à artigos científicos, regulamentação e legislação pertinente. Concluiu-se que a emissão de uma Ordem de Não Reanimar é puramente uma expressão da autonomia do paciente em busca da fruição de sua dignidade.

**Palavras-chave:** autonomia; Bioética; direito à vida; direitos fundamentais; Ordem de não reanimar.

## **ABSTRACT**

The present paper proposes to carry out an approach regarding the conflict between Bioethics and the legal system in the application of the Order of Not Resuscitation in the Brazilian legal panorama. The study aimed to analyze the situation from the perspective of fundamental rights consolidated by the Federal Constitution of 1988, with emphasis on the right to life, dignity and autonomy. Discussing, also, about the apparent conflict between Bioethics and Brazilian fundamental rights. It brought the importance and risks of cardiopulmonary resuscitation maneuver. Another issue addressed is about the supposed hierarchy between the fundamental guarantees, in which the right to life would override any other right. It sought to understand to what extent the right to life may or may not restrict other rights. Therefore, this descriptive and explanatory study used bibliographic and documental research by the hypothetical-deductive method with consultation of scientific articles, regulations and relevant legislation. It was concluded that the issuance of a Do Not Resuscitate Order is purely an expression of the patient's autonomy in search of the enjoyment of their dignity.

Keywords: autonomy; Bioethics; right to life; fundamental rights; Do Not Resuscitate Order.

## LISTA DE ABREVIATURA

|        |                                                                        |
|--------|------------------------------------------------------------------------|
| ACLS   | Suporte Avançado de Vida Cardiovascular                                |
| AHA    | American Heart Association                                             |
| AMA    | American Medical Association                                           |
| BIREME | Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde |
| CC     | Código Civil                                                           |
| CDC    | Código de Defesa do Consumidor                                         |
| CEM    | Código de Ética Médica                                                 |
| CF     | Constituição Federal                                                   |
| CFM    | Conselho Federal de Medicina                                           |
| CP     | Código Penal                                                           |
| DUDH   | Declaração Universal dos Direitos Humanos                              |
| ONR    | Ordem de Não Reanimar                                                  |
| ONU    | Organização das Nações Unidas                                          |
| OPAS   | Organização Pan-Americana da Saúde                                     |
| PCR    | Parada Cardiorrespiratória                                             |
| RCP    | Ressuscitação Cardiopulmonar                                           |
| SAMU   | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência                               |
| SBC    | Sociedade Brasileira de Cardiologia                                    |

## LISTA DE GRÁFICOS

|                                                                                                          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Gráfico 01</b> – Óbitos domiciliares de pacientes com PCR no mês de março de 2018, 2019 e 2020.....   | <b>34</b> |
| <b>Gráfico 02</b> – Agravantes dos óbitos domiciliares de pacientes com PCR no mês de março de 2020..... | <b>35</b> |
| <b>Gráfico 03</b> – Pretensão dos pacientes oncológicos realizarem ONR.....                              | <b>39</b> |
| <b>Gráfico 04</b> – Pretensão dos familiares dos pacientes oncológicos realizarem ONR.....               | <b>40</b> |

## SUMÁRIO

|                                                                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                           | <b>8</b>  |
| <b>1 O DIREITO À VIDA E A AUTONOMIA DO(A) PACIENTE, SOB A ÓTICA DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E BIOÉTICA.....</b> | <b>11</b> |
| 1.1 O direito à vida e a proteção à dignidade da pessoa humana.....                                               | 11        |
| 1.2 A vida enquanto direito tutelado pela norma brasileira .....                                                  | 15        |
| 1.3 Bioética e biodireito enquanto instrumentos para a garantia do direito à vida .....                           | 18        |
| <b>2 CONTEXTO E APLICAÇÃO DOS DIREITOS DO PACIENTE E A ORDEM DE NÃO REANIMAR .....</b>                            | <b>24</b> |
| 2.1 Direitos do Paciente .....                                                                                    | 24        |
| 2.2 A recusa terapêutica do paciente e a objeção de consciência médica.....                                       | 26        |
| 2.3 A Ordem de Não Reanimar .....                                                                                 | 31        |
| <b>3 O CONFLITO DE NORMAS NO DIREITO BRASILEIRO: o direito à vida versus a Ordem de Não Reanimar .....</b>        | <b>44</b> |
| 3.1 Bioética nas Garantias e Direitos fundamentais .....                                                          | 44        |
| 3.2 O Princípio da Autonomia e os direitos do(a) paciente .....                                                   | 49        |
| 3.3 Solução para o conflito aparente de normas no direito brasileiro.....                                         | 51        |
| <b>CONCLUSÃO .....</b>                                                                                            | <b>56</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                           | <b>58</b> |

## INTRODUÇÃO

O direito à vida, garantido pela Constituição Federal (CF) de 1988 e por leis infraconstitucionais, compreende-se por uma complexidade de direitos, não podendo se resumir à tecnicidade de um coração pulsante. Inerente a este direito estão outras garantias essenciais, como a dignidade e a autonomia do cidadão (MORAES, 2005).

Ainda que essas garantias visem sempre proteger o bem-estar das pessoas, podem acontecer situações em que ocorra conflito entre tais garantias e por não haver uma hierarquia definida não existe solução prevista em lei (MORAES, 1997).

Pense no seguinte cenário, inspirado em uma notícia veiculada pelo jornal *The New York Times*<sup>1</sup>: você é socorrista e é acionado(a) em um acidente de trânsito em uma rodovia movimentada, chegando ao local verifica que, a vítima, que estava sozinha em seu veículo, encontra-se desacordada e a medida exigida é a ressuscitação cardiopulmonar. A equipe de pronto atendimento se prepara para iniciar o processo de ressuscitação e ao abrir a camisa da vítima você se depara com uma enorme tatuagem em seu peito: “NÃO RESSUSCITAR”. A frase expressa a vontade daquela pessoa de não ser submetida ao procedimento.

Agora, você precisa agir (ou deixar de agir) levando em consideração seu dever de resguardar a vida do(a) acidentado(a) ou respeitar o direito de escolha do(a) paciente e sua autonomia. O que você faria?

Não existe, ainda, uma resposta normatizada para a pergunta acima, tampouco consenso entre os profissionais do que se fazer. Essa Ordem de Não Reanimar (ONR) consiste em uma modalidade de recusa terapêutica, na qual o paciente emite de forma expressa a sua vontade de não ser submetido à ressuscitação cardiovascular. E, foi exatamente essa pergunta que motivou esta monografia.

Ao não reconhecer a ONR, a legislação se fundamenta na proteção do direito à vida do(a) paciente, não levando em consideração a qualidade de sua sobrevivência, contanto que a prolongue. Nota-se que a preocupação é

---

<sup>1</sup> <https://www.nytimes.com/2017/12/04/us/do-not-resuscitate-tattoo.html>

exclusivamente em adiar a morte.

Quando comparado a outros países, o Brasil se encontra demasiadamente atrasado se tratando de legislação especificamente para amparar o(a) paciente (ROBINSON; KOLESAR, 2012). Na prática diária, os profissionais da saúde comumente se deparam com situações alocadas nas “áreas cinzentas” da legislação, das quais não se tem determinações firmadas.

Apesar de a recusa a tratamentos e intervenções médicas (eletivas) estarem previstas e amparadas pela Constituição Federal, Código de Ética Médica e pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde do Brasil, a ONR não se inclui nessas regulamentações por se tratar de estado de urgência com risco iminente de morte (Resolução CFM nº 1.931/09).

Desta forma, urge-se a reflexão e estudo acerca da previsão legal e do posicionamento doutrinário a respeito do tema para nortear o posicionamento dos profissionais da saúde para que possam (ou não) legitimar essas ONR emitidas pelos pacientes. E, como o assunto ainda não é amplamente discutido no âmbito acadêmico, a realização desta pesquisa pode agregar ao acervo monográfico do curso de Direito.

A metodologia dessa pesquisa firma-se em referências bibliográficas utilizando-se do método hipotético-dedutivo (LAKATOS; MARCONI, 2003) com consulta a artigos nas bases de dados do Google Acadêmico e Scielo, legislação e normativas nacionais e doutrina tanto nacional como estrangeira.

O objetivo geral da presente pesquisa é investigar acerca dos fundamentos da ONR e sua aplicação no contexto jurídico brasileiro, para guiar a pesquisa, e para alcançar esse objetivo o trabalho foi organizado em três capítulos.

No primeiro capítulo, para que se consiga vislumbrar a amplitude e complexidade da aplicação da ONR, se faz uma apreciação dos direitos fundamentais que os pacientes possuem através da ótica da bioética e do princípio da dignidade da pessoa humana.

Já no segundo capítulo, conceitua-se a ONR, a ressuscitação cardiovascular, recusa terapêutica e a objeção de consciência, trazendo também discussões, suas previsões legais e amparos doutrinários.

Por fim, no terceiro capítulo, realiza-se uma análise da aplicação da ONR

no contexto nacional brasileiro por meio da investigação do conflito entre o direito à vida e a Ordem de Não Reanimar.

## **1 O DIREITO À VIDA E A AUTONOMIA DO(A) PACIENTE, SOB A ÓTICA DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E BIOÉTICA**

Através dos princípios que regem a bioética – justiça; beneficência; não-maleficência e autonomia – é possível traçar um paralelo à efetividade do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana (LEONARDO; ROSA, 2015, p. 372).

A pessoa se encontra em uma situação de vulnerabilidade em relação ao Estado, é por isso que existem princípios e garantias fundamentais para se garantir seu bem-estar e dignidade. Sendo esta “vinculação entre a dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais já constitui, por certo, um dos postulados nos quais se assenta o direito constitucional contemporâneo” (SARLET, 2011, p. 16)

É papel do Direito ser instrumento de defesa dos cidadãos. No campo da medicina é a Bioética que se incumbe de garantir os direitos e a dignidade do paciente. E, é através da proteção da autonomia do paciente que se alcança o gozo da dignidade do indivíduo, pois “afastar a autonomia do indivíduo [...] é o mesmo que incapacitá-lo prematuramente” (LEONARDO; ROSA, 2015, p. 379).

A autonomia tem uma construção de natureza interdisciplinar e leva em consideração a temporalidade e o campo em que se está inserida, seja na Filosofia, Ciência ou Religião (ARAÚJO; LINS-KUSTERER, 2020, p. 72).

### **1.1 O direito à vida e a proteção à dignidade da pessoa humana**

O direito à vida é o principal direito resguardado pelo ordenamento jurídico, tanto pela esfera civil como penal. Mesmo que não exista uma hierarquia legitimada entre as garantias fundamentais, o direito à vida é pré-requisito para que exista a fruição dos demais direitos fundamentais (MORAES, 2005, p. 30).

O direito à vida acaba por trazer aliado a si uma gama de direitos, como o direito à integridade física, direito ao próprio corpo, direito à integridade moral, incluindo o direito à intimidade, à privacidade à honra e à imagem (MORAES, 2018, p. 184).

É comum, quase lógico, pensar que direitos básicos, tal qual o direito à vida seja um direito inerente ao ser humano, um direito que se adquire de forma natural com o início de sua existência. Mas, se deve levar em consideração toda a construção histórico-social da criação e garantia destes direitos como traz SARLET, 2019, p. 509 “a noção de um direito à vida foi (e ainda é) muitas vezes associada à noção de um direito natural, no sentido de um direito inato e inalienável do ser humano”.

Em um âmbito mais próximo do conceito moderno de direitos humanos e fundamentais, anteriormente à Declaração de Direitos da Virgínia de 1776, o direito à vida não havia sido normatizado e formalizado, existindo apenas uma proteção genérica da segurança da pessoa, nem mesmo a Constituição Federal norte-americana firmava o direito à vida e outras garantias, que vieram a ser incorporados com o advento da Quinta Emenda em 1791:

O primeiro documento a consagrar um direito à vida, numa acepção que já pode ser considerada próxima da moderna noção de direitos humanos e fundamentais, foi a Declaração de Direitos da Virgínia, de 1776, que, no seu art. 1.º, incluía a vida no rol dos direitos inerentes à pessoa humana (SARLET, 2019, p. 510).

A expedição da Declaração dos Direitos Humanos da ONU - DUDH, que sustenta em seu artigo 3º que “todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”, foi marco importante na luta pelos direitos e garantias fundamentais do ser humano (SARLET, 2019, p. 510).

Apenas a partir da II Guerra Mundial e da DUDH em 1948 – que acabou por fomentar pactos voltados para a proteção dos direitos humanos, que o direito à vida começou a conquistar espaço na redação das constituições. Nessa fase, a Lei Fundamental instaurada na Alemanha em 1949, merece destaque, pois além de dar crédito de direito fundamental ao direito à vida, também foi responsável por inaugurar a vedação da pena de morte em qualquer hipótese (SARLET, 2019, p. 511).

Na esfera internacional, emergiram vários documentos positivando o direito à vida, como o Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos de 1966 que trouxe em seu art. 6º que “o direito à vida é inerente à pessoa humana. Este direito deve ser protegido por Lei. Ninguém poderá ser arbitrariamente privado de sua vida” (SARLET, 2019, p. 511).

O direito constitucional contemporâneo, mesmo em ordenamentos nos quais a dignidade da pessoa humana ainda não tenha sido expressamente declarada e positivada, se firma na vinculação entre a dignidade e os direitos fundamentais. Porém, como se nota na prática, o fato de o direito estar positivado não garante sua efetivação, que, por vezes não ocorre ou quando ocorre, se dá parcialmente a fruição desses direitos de forma desigual por partes diferentes da população (SARLET, 2011, p.16).

É uma manifestação da evolução civilizatória a da relevância dada ao Princípio da dignidade da pessoa humana, tanto do âmbito brasileiro como internacional. Considerando se tratar de um princípio basilar na defesa das garantias e direitos básicos da pessoa. “[...] é promissor que tal princípio tenha passado a desempenhar papel de destaque nos ordenamentos jurídicos contemporâneos” (SARMENTO, 2016, p. 13).

Existe uma grande dificuldade em se definir com precisão o significado de dignidade da pessoa humana por lidar com conceitos subjetivos e imprecisos, não havendo como quantificar ou qualificar tais ideias de forma categórica, como José de Melo Alexandrino, *apud* Sarlet, o coloca - “o princípio da dignidade da pessoa humana parece pertencer àquele lote de realidades particularmente avessas à claridade, chegando a dar a impressão de se obscurecer na razão directa do esforço despendido para o clarificar”.

Uma das principais dificuldades, todavia – e aqui recolhemos a lição de Michael Sachs – reside no fato de que no caso da dignidade da pessoa, diversamente do que ocorre com as demais normas jusfundamentais, não se cuida de aspectos mais ou menos específicos da existência humana (integridade física, intimidade, vida, propriedade, etc.), mas, sim, de uma qualidade tida como inerente ou, como preferem outros, atribuída a todo e qualquer ser humano, de tal sorte que a dignidade – como já restou evidenciado – passou a ser habitualmente definida como constituindo o valor próprio que identifica o ser humano como tal, definição esta que, todavia, acaba por não contribuir muito para uma compreensão satisfatória do que efetivamente é o âmbito de proteção da dignidade, na sua condição jurídico-normativa, (SARLET, 2011, p. 22).

Sarlet, 2011, defende que existe uma dualidade própria da dignidade da pessoa humana a qual se manifesta com a autodeterminação da pessoa tomar decisões e na exigência de uma assistência que deve ser prestada pelo Estado.

Além disso, “André Ramos Tavares sustenta a existência de uma

consustancialidade parcial dos direitos fundamentais na dignidade da pessoa humana” SARLET (2011, p. 48). Desta forma a dignidade se torna indissociável dos direitos fundamentais.

Outro ponto a ser levado em consideração é que “a teoria jurídica não deve tentar “tapar o sol com a peneira”, fingindo que é possível realizar o impraticável” e que apesar do cômodo discurso de que a dignidade da pessoa humana seja absoluta, não é o que se ocorre na prática e se assim o fosse:

[...] exigiria que fossem soltos desde já todos aqueles que estivessem presos em condições degradantes, se não fosse possível transferi-los imediatamente para estabelecimentos em condições condignas, independentemente de sua periculosidade. Impediria, de modo cabal, a decretação de novas prisões, a não ser quando fosse possível assegurar que as condições de encarceramento dos novos detentos seriam dignas. Não o fazer é aceitar a ponderação da dignidade humana dos presos com o interesse social na preservação da segurança pública (SARMENTO, 2016, p. 94).

Porém, afirmar que a dignidade humana seja relativa não minimiza a natureza absoluta de algumas de suas defesas como a vedação da tortura em qualquer hipótese (SARMENTO, 2016, p. 95).

A CF brasileira de 1988 foi a primeira constituição na história do constitucionalismo a incluir em seu texto uma seção própria designada especificamente para tratar dos princípios fundamentais (SARLET, 2011, p. 37).

O Princípio da dignidade da pessoa humana no ordenamento interno prevê uma proteção para os direitos dos cidadãos brasileiros, de forma que garante que a lei seja aplicada da maneira que mais beneficie as pessoas:

[..] a supremacia absoluta das normas constitucionais e a prevalência do princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento basilar da República 37 obrigam o intérprete, em especial o Poder Judiciário, no exercício de sua função interpretativa, aplicar não só a norma mais favorável à proteção aos Direitos Humanos, mas, também, eleger em seu processo hermenêutico, a interpretação que lhe garanta a maior e mais ampla proteção (MORAES, 2018, p. 51).

A sociedade brasileira se embasa na Dignidade da Pessoa Humana para garantir justiça aos indivíduos. É por meio desse instituto que se assegura processos de proteção à coletividade.

## 1.2 A vida enquanto direito tutelado pela norma brasileira

No Brasil, a CF/88 assegura o direito à vida e incumbe ao Estado proteger o direito de a pessoa permanecer viva e possibilitá-la condições de ter uma vida digna. Mas, engana-se quem acredita que essa proteção é absoluta. Existem exceções, admitindo a pena de morte em caso de guerra declarada, consoante art. 5º, XLVII, o aborto terapêutico quando não existe outro meio de salvar a vida da gestante e o aborto humanitário quando a gravidez é resultado de estupro, art. 128, I e II do CP (MORAES, 2018, p. 74).

No tocante à essa exceção referente ao direito à vida que permite a pena de morte no âmbito jurídico brasileiro, Guilherme Peña de Moraes, 2018, traz as situações que tal penalidade abrange:

A pena de morte é objeto de cláusula pétrea ou limitação material explícita ao poder constituinte derivado reformador, de forma que proposta de emenda que a comine não pode ser deliberada em tempos de paz. Entretanto, declarada a guerra externa, a pena de morte pode ser imposta em hipótese de crime de traição, favor ao inimigo, tentativa contra a soberania, informação ou auxílio ao inimigo, coação a comandante, aliciação de militar, ato prejudicial à eficiência da tropa, fuga em presença do inimigo, covardia, espionagem, motim, revolta ou conspiração, incitamento, rendição ou capitulação, falta de cumprimento de ordem, separação reprovável, dano em bens de interesse militar, abandono de comboio, envenenamento, corrupção ou epidemia, recusa de obediência, oposição, violência contra superior ou militar de serviço, deserção em presença do inimigo, abandono de posto, libertação, evasão ou amotinamento de prisioneiro, violência carnal, roubo ou extorsão, saque, homicídio ou genocídio e deve ser executada por fuzilamento sete dias após a comunicação oficial ao Presidente da República, salvo se imposta em zona de operações de guerra e o exigir o interesse da ordem e da disciplina militares, com fulcro nos arts. 5º, inc. XLVII, a, 60, § 4º, inc. IV, e 84, inc. XIX, da CRFB, assim como nos arts. 355 a 408 do CPM e arts. 707 e 708 do CPPM (MORAES, 2018, p. 184-185).

Pode ocorrer, ainda, situações e circunstâncias que coloquem princípios e direitos constitucionais em choque e “Maria Helena Diniz e Rosa Maria de Andrade Nery postulam o primado do direito à vida, quando se constatar esse conflito, pois a vida humana é o ponto central de todas as preocupações jurídicas” (ARAUJO, 2010, p. 323).

No entanto, é preciso não perder de vista que essa colisão entre os princípios requer uma ponderação de valores, que permitam equacioná-los, “consoante o seu peso e a ponderação de outros princípios eventualmente conflitantes”, com o fim de coordená-los, harmonizá-los, impedindo a eleição de uns em detrimento de outros (ARAUJO, 2010, p. 323).

O artigo 2º do Código Civil Brasileiro dita que “a personalidade civil começa com a vida”. Antes de se adentrar aos conceitos e definições do direito à vida, propriamente dito, é importante que se entenda que aquilo que o ordenamento jurídico entende por “vida” não vem da definição elementar do dicionário: “Tempo que um ser existe, entre o seu nascimento e a sua morte”.

Inclusive, Tartuce (2007) traz que o Direito Civil Brasileiro, antes voltado principalmente às questões patrimoniais, hoje se volta à proteção da pessoa, o que acaba por tornar ainda mais relevante a discussão a respeito dos direitos do nascituro, para se saber em que momento essa proteção deve efetivamente começar a atuar:

Por óbvio que, para a análise da pessoa humana e das consequências advindas da sua proteção máxima, estampada no Texto Maior (art. 1º, inc. III, da Constituição Federal de 1988), é preciso saber o momento a partir do qual a pessoa encontra-se amparada pelo manto da proteção legal (TARTUCE, 2007, p. 02).

Mesmo que não cumpra a este trabalho o papel de aprofundar-se nas teorias, basta que se entenda, como Tartuce aduz, que existem três principais correntes doutrinárias para que se defina o início da vida:

- 1) teoria natalista: que defende que a vida começa a partir do nascimento;
- 2) teoria concepcionista: que defende que a vida começa na concepção;
- 3) teoria da personalidade condicional: que defende que no momento da concepção o nascituro adquire uma expectativa de direitos que se legitima com o nascimento com vida.

No Brasil, existe o instituto dos alimentos gravídicos que consiste no pagamento de pensão por parte do pai para a criança antes de seu nascimento, podendo ser aplicado, até mesmo, antes da paternidade efetivamente

comprovada conforme mostra o seguinte julgado de 2020 do Tribunal de Justiça de São Paulo:

Ementa

**ALIMENTOS GRAVÍDICOS**

-Confirmação por mensagens da existência de relacionamento sexual entre as partes, sem prevenção, e sem a indicação de outros relacionamentos pela gestante, são indícios de paternidade suficiente para que sejam fixados os alimentos gravídicos - Os alimentos gravídicos visam a auxiliar a mulher gestante nas despesas decorrentes da gravidez - Na sua fixação deve-se ter em conta o indispensável para garantir uma boa gestação e o parto, tendo menor amplitude que os alimentos decorrentes do parentesco e da solidariedade entre cônjuges e companheiros, que compreendem tudo que é necessário à vida - Fixação mantida - Recurso desprovido.<sup>2</sup>

Percebe-se que a jurisprudência brasileira já consolidou que o nascituro é detentor de direitos, inclusive à vida, mesmo que de forma suspensiva, seguindo uma vertente mais voltada para a teoria da personalidade condicional:

A lei civil confere proteção ao nascituro, desde o instante da concepção, ainda que sob a condição de ele nascer com vida. Nesse sentido, reconhece-lhe os direitos da paternidade reconhecida *in utero*, de ser credor de prestações alimentícias, de receber doações e legados e de recolher a título sucessório (BERTI, 2008, p. 75).

Outro elemento relacionado à vida que se discute definir é o momento que se finda. O que define a morte? Seria a vida definida puramente por questões biológicas ou teria a morte um caráter filosófico atrelado? De acordo com CHAVES (1985), conforme José Ferrater Mora, no verbete “Vida”, de seu compedioso Diccionario de Filosofia (p. 1401-1405):

[...] depois de lembrar que desde a antiguidade distingue-se com maior ou menor precisão entre diversas espécies de vida, especialmente entre a vida biológica e a vida propriamente humana, invoca Aristóteles, sustentando que o viver não está inteiramente alienado do pensar. O estudo da vida não pertence à física nem à história natural, mas à “psicologia” que não eram como atualmente, uma ciência de uma certa realidade ou de determinados comportamentos, mas o saber a respeito do que é a forma e princípio de realidade nos seres vivos.

---

<sup>2</sup><https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/887103809/apelacao-civel-ac-10009432920198260165-sp-1000943-2920198260165>

Não há como ignorar a parte subjetiva da vida, aquela que supera o fluxo sanguíneo e os batimentos cardíacos, “a vida, em suma, é algo que oscila entre um interior e um exterior, entre uma “alma” e um “corpo” (MORA, p. 1401-1405, *apud* CHAVES, 1985, p.01).

### **1.3 Bioética e biodireito enquanto instrumentos para a garantia do direito à vida**

Acredita-se que a primeira normatização e regulação da conduta médica remonta-se ao Código de Hammurabi por volta de 1.700 a.C. Esse código restringia-se a tratar de fatores comerciais da relação médico-paciente, prevendo punições estritamente econômicas (REGO, *et al*, 2009).

Tem ainda os distintos escritos – inclusive o juramento que os médicos realizam, corriqueiramente atribuídos a Hipócrates de Cós, trazem a conduta esperada dos médicos. Mesmo que considerem esse o berço da Bioética não existe elementos que sustentem essa hipótese, pois anteriormente tratava-se de valores e situações absolutas na atuação do médico, já “a bioética não diz respeito apenas às relações e aos fatos referentes à prática médica ou ao cuidado da saúde: seu objeto é a saúde em uma concepção bem mais ampla[...]”. Leva em consideração todo o meio ambiente e todos os seres vivos que o habitam (REGO, *et al*, 2009, p.14).

Nos anos 1920, o teólogo alemão Fritz Jahr já havia feito uso do termo “bioética”, mas seu trabalho não foi descoberto até poucas décadas atrás.

A primeira menção ao termo “bioética” remonta a décadas anteriores – mais especificamente, ao ano de 1927, quando a palavra é empregada pelo teólogo alemão Fritz Jahr em artigo publicado no periódico Kosmos. Jahr definiu “bioética” como a obrigação ética não apenas para com o ser humano, mas para com todos os seres vivos. O imperativo proposto pelo autor transformou o campo da ética, fazendo emergir a denominada “ética da responsabilidade”: respeita todo ser vivo essencialmente como um fim em si mesmo e trata-o, se possível, como tal (CONTI; SOUZA, 2021).

Mesmo que essas preocupações com a conduta médica tenham séculos de existência, foi apenas no século XX que se começou a dar a relevância necessária ao tópico de forma a estudar e estruturar o assunto da “Bioética” (LUMERTZ; MACHADO, 2016, p. 108).

Tratada como uma ética aplicada e prática, a bioética almeja analisar conflitos e controvérsias relacionados com a ciência jurídica e médica, passando pelo campo da moral, para servir como fundamentação às decisões que impliquem qualquer vínculo com a vida e a saúde. Em virtude de tais considerações, resta clarividente sua complexidade, haja vista que as discussões geradas sobre o assunto realçam questões de um estudo sistemático, o qual alcança os valores humanos. (LUMERTZ; MACHADO, 2016, p. 108).

Foi, então, a partir dos terríveis acontecimentos da Segunda Guerra Mundial, que se passou a dar mais relevância à Bioética.

[...] quando o tratamento conferido aos prisioneiros e a indignação mediante os experimentos com pessoas ultrapassaram os limites de campos de guerra e fizeram surgir o primeiro Código de Experimentação em Seres Humanos – o Código de Nuremberg, em 1946 e a Declaração de Nuremberg, em 1947 (ASSUMPÇÃO; VIEIRA, 2018, p. 1045).

Por óbvio, não se pode atribuir a ascensão da Bioética a apenas um fator isolado. Deve-se levar em consideração todo o contexto sociocultural da época, pois nos anos 1960 ocorreram muitos movimentos políticos e culturais. “Tais movimentos chamavam atenção para questões de justiça e igualdade e para a afirmação de direitos individuais, vinculados ao exercício da liberdade e da autonomia pessoal” (CONTI; SOUZA, 2021).

A obra “Bioética: Ponte para o futuro” de Van Rensselaer Potter, publicada em 1971 é considerada simbolicamente pelos pesquisadores como o nascimento da Bioética em si, inclusive, utilizando-se pela primeira vez do termo na língua inglesa, que surge da junção das palavras “biologia” e “ética” (DINIZ; GUILHEM, 2012).

Potter era médico e tinha como preocupação a sobrevivência ecológica do planeta e democratização do conhecimento científico. E para ele, o conhecimento técnico seria menos relevante, para a prática médica do que o respeito aos valores humanos e esse seria o caminho para a sobrevivência humana.

Essa proposta de Potter de associar biologia (entendida, em sentido amplo, como o bem-estar dos seres humanos, dos animais não humanos e do meio ambiente) e ética é o que, hoje se mantém como o espírito da bioética (DINIZ; GUILHEM, 2012, p.14-15).

Além dos movimentos sociais de grupos de minorias como o feminismo, o movimento negro, o movimento hippie que trouxeram à tona debates acerca da ética normativa e aplicada. Houve grande avanço tecnológico o que acabou por desencadear dilemas morais à prática biomédica - como os casos de experimentações em humanos que será tratado mais à frente (DINIZ; GUILHEM, 2012).

Foi justamente a denúncia desses experimentos que trouxe à tona questões que acabaram por impulsionar a Bioética a se tornar uma disciplina a ser estudada (DINIZ; GUILHEM, 2012).

Os avanços da tecnologia e engenharia genética acabam por criar situações e conflitos que o ordenamento jurídico tradicional não pôde prever. Desta forma, se fez necessário um novo olhar e regimento acerca de tais circunstâncias, nascendo assim, o Biodireito como um “ramo jurídico autônomo com o objetivo de estabelecer um elo entre Direito e Bioética para a preservação da vida e o respeito do homem como pessoa” (CONSALTER; JAREMCCZUK, 2010, p. 49).

Percebe-se que a partir do momento em que ocorre a revolução biotecnológica, na qual o homem intervém nos sistemas biológicos, quer para criar, quer para modificar e transformar os seres vivos (vegetais, animais e humanos), requer-se um espaço para discussões sobre essa nova forma de poder. Na pauta dessas discussões estão a ética e sua intersecção com o direito. Fala-se, então, em bioética e biodireito (ARAUJO, 2010, p. 317).

Muitas dúvidas surgem em relação ao Biodireito, algumas vertentes até questionam sua existência, mas basicamente se trata de um ramo do Direito para tratar de “normas reguladoras da conduta humana em face dos avanços da Biologia, Biotecnologia e da Medicina (BARBOZA, 200, p. 212).

Zoé direito e *bíos* direito: direito da vida intensiva (*zoé*) e extensiva (*bíos*). Desta feita, protege-se a vida em toda a sua plenitude, ou seja, como *zoé* – todo e qualquer processo vital – e como *bíos* – quer considerado como período da duração da vida, quer como meios de subsistência, quer como manifestações externas e concretas, quer como modo de vida, ou ainda como movimento e ação (ARAUJO, 2010, p. 320).

O Direito não é apenas um amontoado de regras e leis inflexível, é uma forma de construção da sociedade e formação de valores. O Direito acaba por

refletir o modo que a população, no geral, pensa e em que acredita, se assim não o for, o Direito não está a cumprir sua função com plenitude.

[...] se o Direito deve evoluir para dar conta dos progressos científicos e assim se adaptar aos avanços médicos que permitem mudar a vida e não apenas prolongá-la, deve necessariamente ordenar essas intervenções sobre o homem. O sistema jurídico é feito de regras que constróem uma sociedade fundada em certos valores, tais como a liberdade ou a igualdade que geram uma concepção de homem. O Direito é a regra que uma sociedade se dá. As intervenções sobre o corpo humano, como as técnicas de reprodução assistida, as manipulações genéticas, as experimentações em humanos, os transplantes e clonagem, conduzem automaticamente a uma reificação do ser humano, se mantidas determinadas categorias clássicas do Direito (BARBOZA, 2000, p. 213).

O Direito tradicional, buscava proteger a vida humana no sentido literal de vida biológica, e, não podia prever os desafios que a tecnologia moderna apresentaria “o Direito de ontem, na sua tentativa de proteger a vida humana, tutela e defende o corpo, porque o homem é (ou é também) o seu corpo, esta coisa física e tangível, que as forças destrutivas procuram no nada”. É preciso então que se reconsidere o direito construído até então, para que se dê espaço a um novo direito que possa versar sobre adversidades da sociedade moderna (IRTI, 2007, p. 1171).

Biotécnica e biodireito são forças da nossa época. Não existe qualquer critério superior que permita decidir entre um e outro, que - fora de um Direito Positivo dado e histórico - admita julgar lícitas ou ilícitas as singulares descobertas e aplicações da biotécnica. Apenas um direito não-positivo, isto é, não posto nem imposto pela vontade humana; não criado pela história, mas revelado além e acima do tempo; apenas um direito assim estaria em condições de uma vez por todas, estabelecer os limites entre lícito e ilícito e de dizer o sim e o não a singulares experiências da biotécnica (IRTI, 2007, p. 1174).

Kant, referência mais expressiva acerca da dignidade humana, traz o pensamento de que a dignidade da pessoa humana fundamenta sua autonomia, que só pode ser encontrada meio a seres racionais. Sendo a autonomia a capacidade de determinar a si mesmo. Para Kant, *apud* Sarlet, a dignidade da pessoa humana é balizadora da própria da autonomia.

Kant sustenta que “o Homem, e, duma maneira geral, todo o ser racional, existe como um fim em si mesmo, não simplesmente como meio para o uso arbitrário desta ou aquela vontade. Pelo

contrário, em todas as suas ações, tanto nas que se dirigem a ele mesmo como nas que se dirigem a outros seres racionais, ele tem sempre de ser considerado simultaneamente como um fim... Portanto, o valor de todos os objetos que possamos adquirir pelas nossas ações é sempre condicional. Os seres cuja existência depende, não em verdade da nossa vontade, mas da natureza, têm contudo, se são seres irracionais, apenas um valor relativo como meios e por isso se chamam coisas, ao passo que os seres racionais se chamam pessoas, porque a sua natureza os distingue já como fins em si mesmos, quer dizer, como algo que não pode ser empregado como simples meio e que, por conseguinte, limita nessa medida todo o arbítrio (e é um objeto de respeito)” (2011, p. 19).

À Bioética está destinado o dever de se inspecionar e averiguar as consequências negativas de experimentações e aplicações de técnicas de maneira desregrada. Desta forma, cabe a este campo de estudo:

o papel de levantar as questões, registrar as inquietações, alinhar as possibilidades de acerto e de erro, de benefício e de malefício, decorrentes do desempenho indiscriminado, não-autorizado, não limitado e não regulamentado de práticas biotecnológicas e biomédicas que possam afetar, de qualquer forma, o cerne de importância da vida humana sobre a terra, vale dizer, a dignidade da pessoa humana. Mas o papel da Bioética certamente esgota-se neste perfil, sem decidir qual a humanidade que a atual geração quer para si e para as futuras gerações (HINORAKA, 2001, p. 04).

O Biodireito busca proteger a vida por completo, em todas as suas dimensões “*biós* e *zoé* constituem o objeto do biodireito. Tutela-se a vida, nesse sentido amplo, como ideia da unidade do ser vivo, não se distinguindo a vida física da intelectual e moral – o homem é um todo, indivisível” (ARAUJO, 2010, p. 320).

Seu papel [do direito] não é, pois, o de cercear o desenvolvimento científico, mas, justamente o de traçar aquelas exigências mínimas que assegurem a compatibilização entre os avanços biomédicos que importam na ruptura de certos paradigmas e a continuidade do reconhecimento da Humanidade enquanto tal, e, como tal, portadora de um quadro de valores que devem ser assegurados e respeitados (MARTINS-COSTA, 2000, p. 158).

Um conceito importante de se levar em consideração é o de justiça social, pois “impossível que exista dignidade humana ao conjunto social se ao menos a

um desses indivíduos que o compõe for negado um direito individual” (LEONARDO; ROSA, 2015, p. 382). Desta forma, apenas se alcança o direito da coletividade através da tutela das garantias individuais.

A bioética protege para além que puramente a vida, protege o direito de se viver dignamente, com saúde e qualidade.

## **2 CONTEXTO E APLICAÇÃO DOS DIREITOS DO PACIENTE E A ORDEM DE NÃO REANIMAR**

Ordem de não reanimar (ONR) consiste na deliberação de não realizar tentativa de reanimação cardiopulmonar de pacientes em fase terminal de vida, em perda irreversível de consciência ou que possam apresentar parada cardíaca não tratável (BONAMIGO, 2016, p. 596).

Para que se possa compreender a amplitude da Ordem de Não Reanimar (ONR), é preciso que se entenda a complexidade do contexto em que a está inserida. O Brasil ainda não a reconheceu formalmente, diferente de países como os Estados Unidos que tem previsão em seu código de ética médica (American Medical Association Code of Medical Ethics) desde 1992 (BONAMIGO, 2016, p. 597).

É exigido dos médicos que usem todos os seus recursos disponíveis para garantir a vida de seu paciente (CEM, 2009). Todavia, mais que isso, é preciso que se garanta a qualidade que essa vida vai ter.

Podem ocorrer situações em que o profissional da saúde não se sinta confortável em realizar determinado procedimento ou atendimento. E, esse profissional tem seus direitos como indivíduo garantidos, podendo assim se abster de atender algum paciente, com ressalvas e condições que serão tratadas mais a frente neste capítulo.

Além disso, o paciente tem o direito de não querer ser submetidos a certos tratamentos e procedimentos que possam comprometer sua qualidade de vida. Nesse sentido, existe o instituto da recusa de tratamento médica, o qual o paciente pode recorrer quando se encontrar nessas situações de possíveis futilidades terapêuticas (CEM, 2009).

### **2.1 Direitos do Paciente**

Os pacientes não detinham direitos específicos reconhecidos até os anos 1970, quando movimentos nos Estados Unidos defensores dos direitos civis, feministas e promotores do bem-estar do paciente levantaram questionamentos a respeito do processo de atendimento médico (ALBUQUERQUE, 2019).

A legislação brasileira não segue o exemplo de demais países que instituíram leis nacionais para regulamentar e estabelecer os direitos dos pacientes. Em âmbito nacional, não se pode encontrar um rol taxativo dos direitos do paciente na legislação. Existindo, apenas, leis esparsas e locais que tratam do tema em alguns poucos estados do país (ALBUQUERQUE, 2019).

Desta forma a garantia dos direitos do paciente se pauta pela CF/88 que traz direitos de todos os cidadãos, e como exemplo, em seu 1º artigo inclui a dignidade da pessoa humana em seus fundamentos e em seu art. 6º institui a saúde como um direito social. E a prática médica se guia, principalmente, pelo Código de Ética Médica (CEM) de 2009, que reafirma os direitos do paciente balizando a conduta do profissional da saúde.

A Lei Estadual Paulista nº10.241 de 1999, promulgada pelo Governador Mário Covas e de autoria do Deputado Roberto Gouveia, que “dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências” merece uma menção honrosa por ter sido pioneira no tema em território nacional.

Em seu art. 2º, incisos I, II, III, IV e V a lei reitera alguns direitos básicos, que não necessariamente precisaria constar em uma legislação específica, mas completamente compreensível a reafirmação já que se trata de direitos frequentemente ultrajados na prática (OSELKA, 2001).

Artigo 2º – São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

I - ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;

II - ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;

III - não ser identificado ou tratado por:

a) números

b) códigos; ou

c) de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso;

IV - ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública;

Os incisos VI e VII solidificam dois direitos defendidos pela bioética: do total esclarecimento do paciente a respeito de seu diagnóstico e tratamento, e do consentimento. Vale ressaltar, os dois direitos estão intrinsecamente atrelados, pois o consentimento só se é pleno quando o paciente possui total conhecimento a respeito das variáveis da doença e tratamento (OSELKA, 2001).

VI - receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre: a) hipóteses diagnósticas; b) diagnósticos realizados; c) exames solicitados; d) ações terapêuticas; e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas; f) duração prevista do tratamento proposto; g) no caso de procedimentos de diagnósticos terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e conseqüências indesejáveis e a duração esperada do procedimento; h) exames e condutas a que será submetido; i) a finalidade dos materiais coletados para exame; j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes no serviço de atendimento ou em outros serviços: e l) o que julgar necessário;

VII - consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;

Infelizmente, as leis estaduais a respeito dos direitos do paciente, não geraram efeitos na seara nacional, que permanece com uma medicina de maneira geral paternalista e violações rotineiras sofridas por aqueles que estão submetidos a cuidados médicos (ALBUQUERQUE, 2019).

A legislação brasileira é tão deficiente na atuação em defesa dos direitos do paciente que existe um grupo de pessoas que embasa os direitos da relação médico-paciente no Código de Defesa do Consumidor (CDC) de 1990. O que não se faz apropriado, já que o CDC dita regras consumeristas não características da relação em tela (ALBUQUERQUE, 2019).

## **2.2 A recusa terapêutica do paciente e a objeção de consciência médica**

Ao tratar da questão da recusa a tratamento médico João Vaz Rodrigues utiliza o termo “dissentimento informado”, pois segundo o autor, apesar da decisão em sentido negativo ser estruturalmente semelhante à de consentimento, sendo as duas resultado de idêntico processo de formação da vontade, “a própria expressão *consentimento informado* sugere muito mais a expectativa de os pacientes aceitarem ser tratados do que a de declinarem o tratamento” (NASCIMENTO, 2011, p. 32).

O contexto de tratamento médico é muito complexo pelo fato de lidar com um dos bens mais valiosos do ser humano: a saúde e ao mesmo tempo com variáveis subjetivas e impalpáveis como crenças e filosofias pessoais – tanto por parte dos médicos, quanto dos pacientes, a dor do luto e o medo do incerto. Esse tópico é dedicado aos direitos que ambas as partes fazem jus.

Na introdução do CEM, ressalta-se seu poder de ser artifício para mudança e reparação da dívida histórica que a medicina paternalista e impositora possui com a sociedade. Dando ênfase para o direito à autonomia que o paciente possui em escolher ou negar seu próprio tratamento.

[...] o Código de Ética Médica torna-se também indutor de transformações no campo da política, sem, contudo, negar sua principal contribuição para a sociedade: o reforço à autonomia do paciente. Ou seja, aquele que recebe atenção e cuidado passa a ter o direito de recusar ou escolher seu tratamento (CEM, 2009, p. 24-25).

O Capítulo IV do CEM, 2009 trata dos direitos humanos do paciente e trata acerca de vedações ao médico e dispõe pontos como a garantia da autonomia do paciente e a necessidade de consentimento expresso do paciente para que seja submetido a procedimentos médicos, estabelecendo exceção no caso de risco iminente de morte. Ou seja, o médico deve respeitar a vontade do paciente em não receber algum tratamento ou se submeter a algum procedimento, desde que sua vida não esteja em risco iminente.

É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

A CF traz em seu art.5º, inciso II que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” dando ampla liberdade aos cidadãos de tomar escolhas.

[...] não havendo nenhuma previsão legal que impeça o indivíduo, em condição para tal, de decidir pela recusa a tratamento médico que considere invasivo, desfavorável ou mesmo contrário ao seu interesse, não há que se falar na restrição de tal direito quando em situações de suposto conflito entre este e o bem da vida (NASCIMENTO, 2010, p. 33).

Ainda, o Código Civil (CC), de 2015, dispõe em seu art. 15 que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”. E, apesar do termo “com risco de vida” implicar em algumas interpretações equivocadas de que se não houver o risco de vida pode-se constranger alguém a tratamento ou intervenção médica, a doutrina esclarece que a interpretação deste artigo deve se guiar pelos princípios constitucionais

[...] o referido artigo deve ser interpretado de modo a não somente vedar o constrangimento que induz alguém a se submeter a tratamento com risco, como também a “intervenção médica imposta à paciente que, suficientemente informado, prefere a ela não se submeter, por motivos que não sejam fúteis e que se fundem na afirmação de sua própria dignidade” (NASCIMENTO, 2010, p. 33).

Importante que se tenha em mente, como já trazido anteriormente, o direito à vida não se trata, exclusivamente, da vida biológica. Esse direito abarca vários outros direitos como a dignidade, direito ao próprio corpo, integridade física e moral. Quando se trata de tratamento eletivo, o consentimento do paciente é inquestionavelmente necessário e guia da conduta médica.

Essa exigência de obtenção do consentimento está diretamente ligada à expressão da autonomia do paciente e existe um embate a respeito dessa autonomia através da recusa a algum tratamento necessário e urgente. Pois, nesse cenário o paciente estaria fazendo uso de um direito fundamental: a autonomia, em prejuízo de outro direito fundamental: a vida. Questiona-se até que ponto o princípio da autonomia poderia ser aplicado sem infringir o princípio da indisponibilidade da vida (CONSALTER; JAREMCCZUK, 2010, p. 40).

Existe grande parcela da doutrina que defende que o direito à vida é um bem absoluto e máximo não podendo ser violado e nenhuma hipótese. Ainda que outra parte entenda que esse direito não é garantido de forma isolada (NASCIMENTO, 2010, p. 36).

Em ponderação, não seria o direito à vida absolutamente superior ao direito à liberdade ou vice-versa, ocorrendo uma complementação recíproca. Na qual não se pode viver plenamente sem liberdade e nem experienciar a liberdade sem seu direito à vida garantido.

Ao tentar defendermos a superioridade de um direito ou de outro, sempre corremos o risco de avaliá-los exclusivamente de acordo com nossos próprios critérios, que certamente serão diversos

daqueles usados pelas demais pessoas. Se é assim cada ser humano tem o direito de julgar de decidir aquilo que entende ser melhor para si próprio. E nisso há apenas um único limite: desde que não prejudique terceiros (LIGIERA, 2009 *apud* NASCIMENTO, 2010, p. 38).

Vale mencionar, no Brasil o caso de recusa a tratamento médico mais expressivo é dos seguidores da religião Testemunhas de Jeová, que não aceitam tratamento com transfusão de sangue e “tal questão é abordada tanto por comissões de ética na área da saúde quanto em simpósios das áreas médica e jurídica” (NASCIMENTO, 2010, p. 50).

Assim como o paciente tem o direito a se recusar a receber algum tratamento ou intervenção médica, o profissional de saúde tem o direito de se abster de realizá-los, por conflitos de crenças ou convicções: a chamada objeção de consciência médica. “um conflito arraigado em questões tanto morais quanto legais” (DE OLIVEIRA et al, 2016).

Esse exercício do direito de se abster é previsto em todo o mundo, inclusive no Pacto Internacional de Direitos Civis de 1966, com efeito mundial, que traz: “toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião (...) e de manifestar a sua religião ou crença” (CORRÊA, 2014, p. 31).

Esse direito é amparado na seara nacional, inclusive o CEM, traz um rol de princípios fundamentais, que dita a conduta médica, e seu inciso VII dispõe:

**VII** - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

Tendo ainda disposto no CEM, Capítulo II, inciso IX, o direito de “recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. Porém, existe restrições a esse direito, como o arts. 33 e 36 do mesmo livro:

É vedado ao médico:

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho

profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

O médico tem o direito de se isentar embasado em suas convicções como forma de resguardar sua moral privada como indivíduo. Porém, nos casos de urgência e emergência com iminência de morte não se abre espaço para escusa, a não ser que se tenha outro profissional a disposição para realizar a intervenção necessária. Sendo assim, “a melhor solução pode ser mesmo a busca do equilíbrio para que os médicos possam preservar o direito de não cometer atos que agridam à própria consciência, e os pacientes tenham garantido o direito à saúde, sem discriminação” (CORRÊA, 2014, p. 31).

A idéia da existência de um “dever” do médico de prolongamento da vida, surge no final do século XVI e início do século XVII, com Francis Bacon em sua obra *De augmentis scientiarum*, na qual divide a medicina em três ofícios: a preservação da saúde, a cura das doenças e o prolongamento da vida[...] (NASCIMENTO, 2010, p. 45)

Acontece que com os grandes avanços tecnológicos no campo médico, se tem recursos para manutenção da vida por anos, mesmo que o paciente se encontre em estado vegetativo e sem perspectiva de cura. Sendo os recursos utilizados apenas para um prolongamento desnecessário do processo de morte (NASCIMENTO, 2010, p. 45).

De Oliveira et al, também aponta o equilíbrio como saída para que se consiga atuação ética e o paciente o atendimento de qualidade o qual tem direito:

Conclui-se que é necessário estabelecer uma relação médico-paciente equilibrada, e a escolha das condutas devem ser feitas com parcimônia, ao se considerar que cada indivíduo tem direito à informação, à liberdade e à autonomia diante de quaisquer escolhas que interfiram em seu bem-estar físico, moral e psicológico (DE OLIVEIRA et al, 2016).

É costumeiro que se coloque o direito à vida em sobreposição aos outros direitos, porém essa sobreposição não é tão clara quando se trata de paciente

em estado de sofrimento. Questiona-se com mais afinco a respeito de sua dignidade, desta forma, “se defende que em estágio terminal, o princípio da autonomia passa a ter valor soberano, sob pena de infringir a norma máxima constitucional” (LEONARDO; ROSA, 2015, p. 379).

### 2.3 A Ordem de Não Reanimar

Necessário pontuar, inicialmente, que existe uma discussão a respeito de qual termo seria mais apropriado para se utilizar: reanimação ou ressuscitação. O termo “ressuscitação” traz o sentido de restaurar o movimento, que é a base da vida, pois, depende da respiração e fluxo sanguíneo:

A ressuscitação origina-se do latim *resuscitatio, onis*, do verbo *resuscito, are*, formado da partícula *re*, no sentido de renovação, e o verbo *suscito, are* que, entre outras acepções, tem a de despertar, acordar, recobrar os sentidos. Em suas raízes etimológicas, *suscito*, por sua vez, deriva do verbo *cito, ciere*, que significa *por em movimento* (GUIMARÃES et al, 2009, p. 178).

Já o termo “reanimar”, traz o sentido mais literal da situação, fazendo referência ao sopro e à respiração sendo reinstalada:

A reanimação, por sua vez, compõe-se do prefixo *re* + *anima* + sufixo - *ção*. *Anima*, em latim, tanto significa sopro, respiração, como vida e alma. Novamente aqui se tem a identificação da vida com a entrada de ar nos pulmões (GUIMARÃES et al, 2009, p. 178).

O vocábulo “ressuscitação” costuma ser evitado, pelo fato de possuir uma enorme carga religiosa, mística e milagrosa. Carrega a ideia bíblica de ressurreição. Independentemente, este é o termo primário adotado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – BIREME. Sendo o termo “reanimação” colocado em segundo plano até mesmo pelos autores publicados, com uma proporção de aproximadamente 4:1, conforme o banco de dados LILACS (GUIMARÃES et al, 2009, p. 178).

Por volta de 476 a.C, no fim do Império Romano, utilizavam-se de métodos arcaicos de RCP que “variaram desde aplicação de calor ao corpo

inerte através de objetos quentes ou queimantes sobre o abdômen (fumigação), até a flagelação chicoteando-se com urtiga (planta cujas folhas são irritativas contendo ácido fórmico) ou outro instrumento” (GUIMARÃES et al, 2009, p. 178).

Já no século XVI, o cientista Paracelsus observou o uso de foles de lareira para que se pudesse forçar a introdução de ar nos pulmões de indivíduos aparentemente declarados mortos, “caracterizando as primeiras e rústicas tentativas de ventilação artificial” (GUIMARÃES et al, 2009, p. 178).

Mesmo que, manobras como as utilizadas na ressuscitação cardiopulmonar atualmente tenham sido descritas e aplicadas anteriormente, considera-se o nascimento da ressuscitação como temos hoje, na década de 1960 “quando Koewenhoven, Jude e Knickerbocker publicaram seu memorável artigo sobre o uso da compressão torácica: eles salientaram que “tudo o que se precisa são duas mãos” (GONZALES et al, 2013).

No artigo aludido, os autores demonstraram o sucesso da técnica em seu artigo trazendo 14 sobreviventes em 20 tentativas com técnica. E, em um simpósio do Corpo Docente de Medicina e Cirurgia do Estado de Maryland, foi a prática foi reconhecida como “uma abordagem completa para a ressuscitação” (GONZALES et al, 2013).

Em 1973, John Cook Lane, o pioneiro da RCP no Brasil, produziu um filme sobre Ressuscitação Cardiopulmonar no Brasil e mais uma vez de forma pioneira propôs o ensino das técnicas de ressuscitação para crianças, ideia até documentada em artigos internacionais:

Lane, com sua experiência adquirida até então, defendeu sua tese de livre docência em 1974, avaliando a viabilidade do ensino (uma vez mais de forma pioneira!) da RCP para crianças em escolas primárias (146 crianças), conseguiu demonstrar que 73,3% conseguiam executar com perfeição a ventilação boca-a-boca, em volume adequado, em um manequim adulto (Recording RessuciAnne). Neste mesmo trabalho, Lane apresenta um estudo de ensino em operários e a avaliação de 110 paradas cardiorrespiratórias (PCR) tratadas em Campinas até então (GUIMARÃES et al, 2009, p. 240).

Até 1974, a prática da ressuscitação era destinada a ser praticada apenas por médicos, nem mesmo enfermeiros poderiam executar a manobra. Porém,

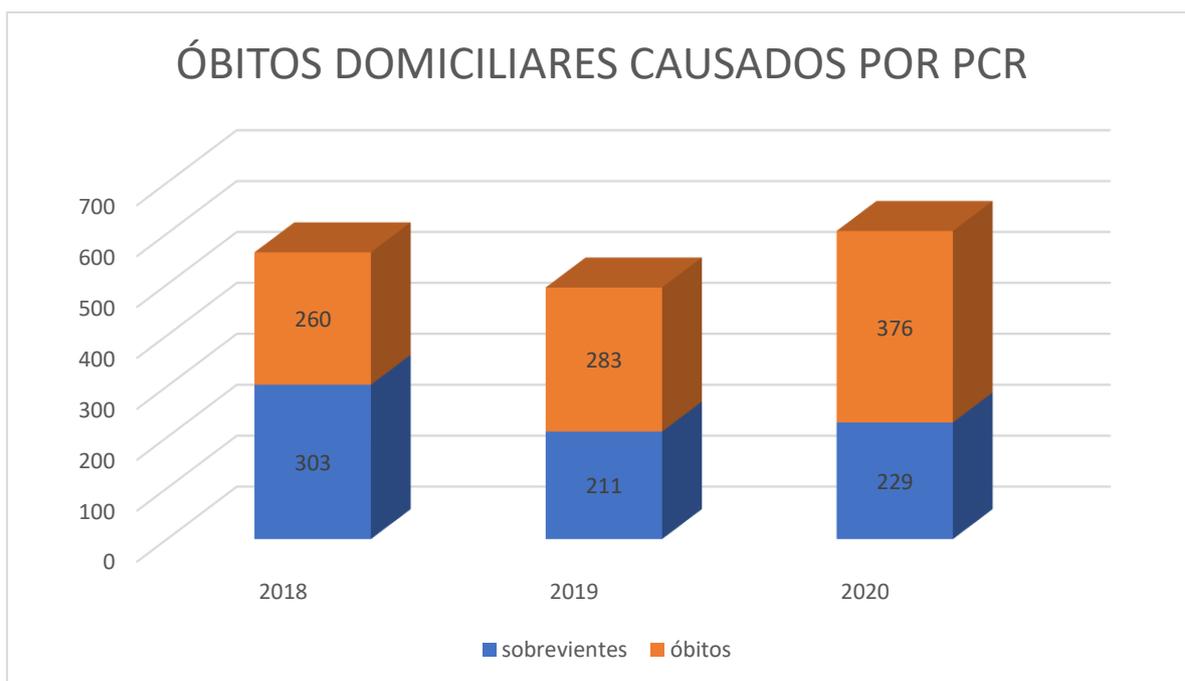
notou-se vantajoso que fosse um conhecimento de toda a população, pois emergências não ocorrem somente em ambiente hospitalar, então a American Heart Association (AHA), publicou as primeiras diretrizes voltadas, também, para leigos (GONZALES et al, 2013).

A partir de então, que se começou a reconhecer a importância da disseminação dos conhecimentos e técnicas da RCP, e, mesmo assim, levou-se mais alguns anos para que essa prática fosse reconhecida internacionalmente, e no ano de 1992, numa convenção em Dallas promovida pela American Heart Association onde tomou-se a decisão de criar uma comissão para orientar os cinco continentes da prática da RCP (GONZALES et al, 2013).

E essa disseminação das técnicas de RCP para a população geral mostrou-se efetiva quando em 2014, a taxa mundial de leigos que executavam manobras de ressuscitação numa média de 50%. Isso é importante para um prognóstico positivo, pois a cada minuto que se retarda a RCP a chance de sobrevivência da vítima cai de 7% a 10% (GIANOTTO-OLIVEIRA et al, 2014).

A publicação das novas diretrizes de RCP em um importante revista médica tomou, como ponto de partida, dois princípios. O primeiro princípio consistia no fato de que um método ideal poderia ser definido para todas as situações de parada cardíaca inesperada; e o segundo, de que a disseminação desse procedimento poderia e deveria ser posta em prática no âmbito da sociedade em geral. Embora esses pontos de vista parecessem plausíveis, não eram compartilhados universalmente naquela época (GONZALES et al, 2013).

Foi elaborado um estudo observacional (Gráfico 01) para se quantificar os óbitos domiciliares mensais acarretados por Parada Cardiorrespiratória – PCR em tempos de pandemia de COVID-19. O levantamento foi realizado conforme o registro de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU de Belo Horizonte – Minas Gerais nos anos 2018, 2019 e 2020 (GUIMARÃES, *et al*, 2021). Importante levar em consideração que “a PCR que ocorre dentro do hospital não apresenta maior probabilidade de sobrevida (15,9 - 17%) do que a que ocorre no ambiente extra-hospitalar” (TEXEIRA; CARDOSO, 2019).



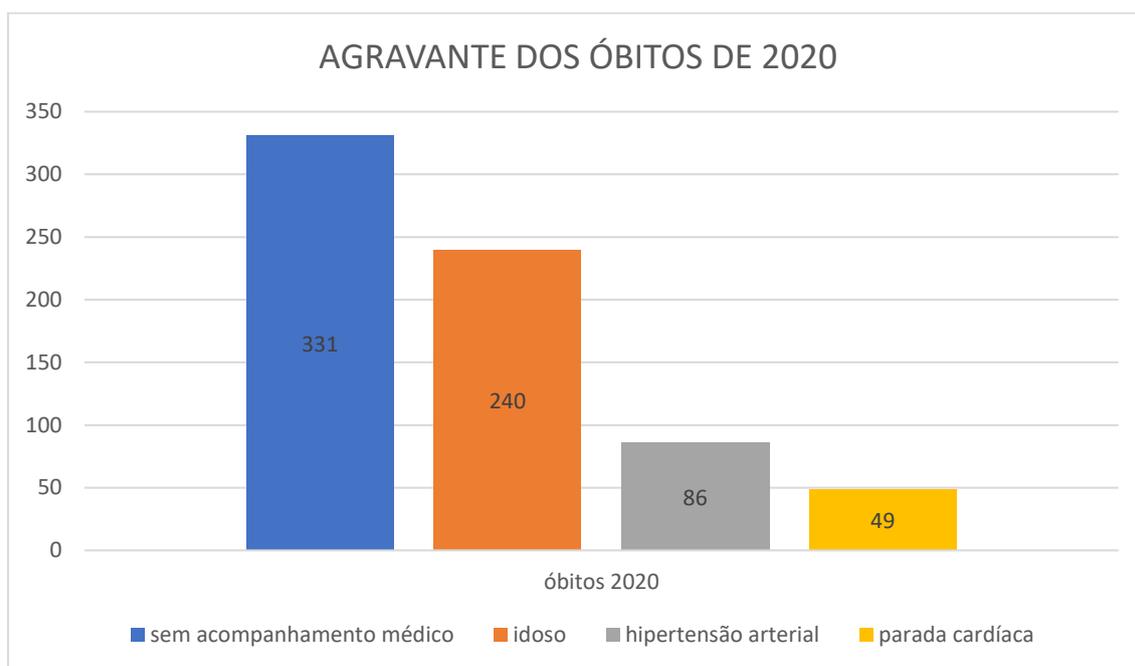
**Gráfico 01.** Óbitos domiciliares de pacientes com PCR no mês de março de 2018, 2019 e 2020. (Elaborado pela autora com dados de Guimarães *et al*, 2021)

O que se pôde observar é que houve, sim, um aumento proporcional de ocorrências que em 2018 foi de 563, em 2019 de 494 e em 2020 de 605, como também da porcentagem de óbitos ocasionados que em 2018 foi de 51%, em 2019 de 57% e em 2020 de 62%.

A principal causa de morte nas Américas são as doenças cardiovasculares - sobretudo doenças isquêmicas do coração e acidentes vasculares cerebrais (AVC), sendo responsáveis por dois milhões de mortes por ano, segundo dados de 2021 da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Mesmo com esse relevante aumento, ocasionado pela Pandemia de COVID-19, a PCR já era um problema médico grave e um dos principais causadores de óbitos no Brasil e mundo sendo que foi a causa de mais de 289 mil mortes em 2019. No Brasil são causadoras de 30% de todas as mortes registradas, temos uma morte em decorrência de parada cardíaca a cada 90 segundos, conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).

Além disso, importante levar em consideração que a parada cardiorrespiratória comumente é escalonada por estar aliada a outros problemas de saúde e agravantes. Dos óbitos levantados pelo estudo em março de 2020 na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais 87% apresentavam comorbidade (Gráfico 02) (GUIMARÃES, *et al*, 2021).



**Gráfico 02.** Agravantes dos óbitos domiciliares de pacientes com PCR no mês de março de 2020. (Elaborado pela autora com dados de Guimarães *et al*, 2021)

Ainda conforme a SBC, a pandemia de COVID-19, somou um fator de urgência ao grupo de pessoas que possuem problemas cardiovasculares, pois encontram-se na zona de risco de desenvolver a doença na forma mais grave, com elevado risco de morte. E o medo de contaminação acabou por aumentar os índices de mortes em 7% em 2021 quando comparado com o ano anterior, pois pacientes portadores de doenças cardiovasculares deixaram de procurar acompanhamento médico.

Para que se obtenha maior probabilidade de sucesso na realização da RCP, faz-se uso de dispositivos auxiliares. Um exemplo de dispositivo é o desfibrilador, que podem ser manuais, quando o reconhecimento do ritmo

cardíaco e a administração de choque elétrico depende inteiramente do operador, ou semiautomáticos, no qual esse reconhecimento do ritmo cardíaco é realizado pela máquina e o operador determina o choque elétrico a ser administrado (GONZALES et al, 2013).

Existe um amplo leque de variáveis que interferem no sucesso – ou não – da ressuscitação. Como já visto, fator importante para um prognóstico positivo é o tempo que se decorre entre a parada cardíaca e a realização das manobras de ressuscitação, outros pontos a serem levados em consideração nos casos de insucesso são as paradas que ocorrem em horários não comerciais e sem testemunhas. Dos casos de parada cardíaca fora de ambiente hospitalar, existe uma taxa de sobrevivência de apenas de 2 a 26% (RUBULOTTA; RUBULOTTA, 2013).

A taxa de mortalidade de pacientes que sofrem PCR no evento inicial em ambiente hospitalar é de mais da metade, além disso, uma parcela dos pacientes que sobrevivem acaba por falecer nas 24 horas seguintes em decorrência de sepse hemodinâmica, popularmente conhecida por falência múltipla dos órgãos (TEXEIRA; CARDOSO, 2019).

Um dos maiores problemas que os pacientes sobreviventes enfrentam é relacionado aos danos neurológicos, que são responsáveis pela maioria (46% - 65,2%) das mortes pós PCR. Os sobreviventes que recebem alta têm risco de 9,8% – 12,2% de desenvolver algum dano cerebral grave. E, além disso, mais de 50% dos sobreviventes “evoluem para morte encefálica ou tiveram seu suporte terapêutico limitado devido ao prognóstico neurológico desfavorável” (TEXEIRA; CARDOSO, 2019).

Como já discutido, o sucesso da RCP, depende de muitas variáveis, podendo resultar em várias sequelas neurológicas irreversíveis, em decorrência da privação de oxigênio sofrida pelo cérebro. Em 2004, estatísticas apontaram apenas 2% de sobrevivência em casos de morte súbita. Mesmo com tantos avanços tecnológicos na área da medicina as estatísticas de prognóstico, infelizmente, continuam praticamente as mesmas (MEDEIROS, 2014, p. 10).

Sendo assim, a RCP não é indicada para todos os tipos de pacientes, é

preciso que se analise todo o quadro e contexto do paciente, para então, ponderar sobre riscos e benefícios da manobra (BONAMIGO *et al*, 2017, p. 396).

Nesse contexto, surge a ONR, que consiste numa demonstração expressa da vontade do paciente de não ser submetido(a) à RCP ou que se utilizem de formas mecânicas para que sustentem seus sinais vitais (SILVÉRIO *et al*, 2015). Com taxas de reversão tão baixas, começaram a sugerir que não aplicassem as manobras de ressuscitação em pacientes com parada cardíaca fora de ambiente hospitalar que não tivessem ritmo cardíaco responsivo ao choque. Com o receio de que a RCP deve ser aplicada em grupo seletivo de cardíacos que poderiam ter mais chances de se beneficiar da prática.

Com base nesses dados, diversos autores sugeriram evitar os esforços de ressuscitação em pacientes com certas condições, com baixa probabilidade de ressuscitação bem-sucedida [...] O conhecimento dos dados referentes aos desfechos da ressuscitação em diferentes cenários clínicos é crucial quando se tomam decisões baseadas em evidência, com relação aos riscos e aos benefícios de tentar RCP e ACLS (RUBULOTTA; RUBULOTTA, 2013).

A ONR está prevista no CEM da AMA desde 1992, e na Europa mais de 50% dos pacientes que chegam a óbito de maneira súbita em hospitais declararam o desejo de não serem reanimados. Mesmo assim, não existe um consenso que determine ao profissional da saúde como proceder nessas situações (BONAMIGO *et al*, 2016, p. 596).

Existe um embate entre duas frentes expressivas: a que defende a autonomia do paciente, cabendo assim ao profissional da saúde simplesmente acatar a recusa de qualquer paciente e outra que entende que se deve existir um processo mais criterioso e pré-requisitos definidos e apenas os pacientes que os cumprirem devem fazer uso da recusa (BONAMIGO *et al*, 2017, p. 396).

Uma pesquisa de cunho quantitativo foi realizada no Hospital Santa Terezinha no município de Joaçaba, Santa Catarina no ano de 2016, com 104 pacientes oncológicos e 100 de seus familiares sobre variados aspectos referentes à ONR. Quando questionados se sabiam do que se tratava o instituto da ONR obteve-se que 85% dos pacientes e 82% dos familiares desconheciam-na totalmente (BONAMIGO, *et al*, 2017, p. 395).

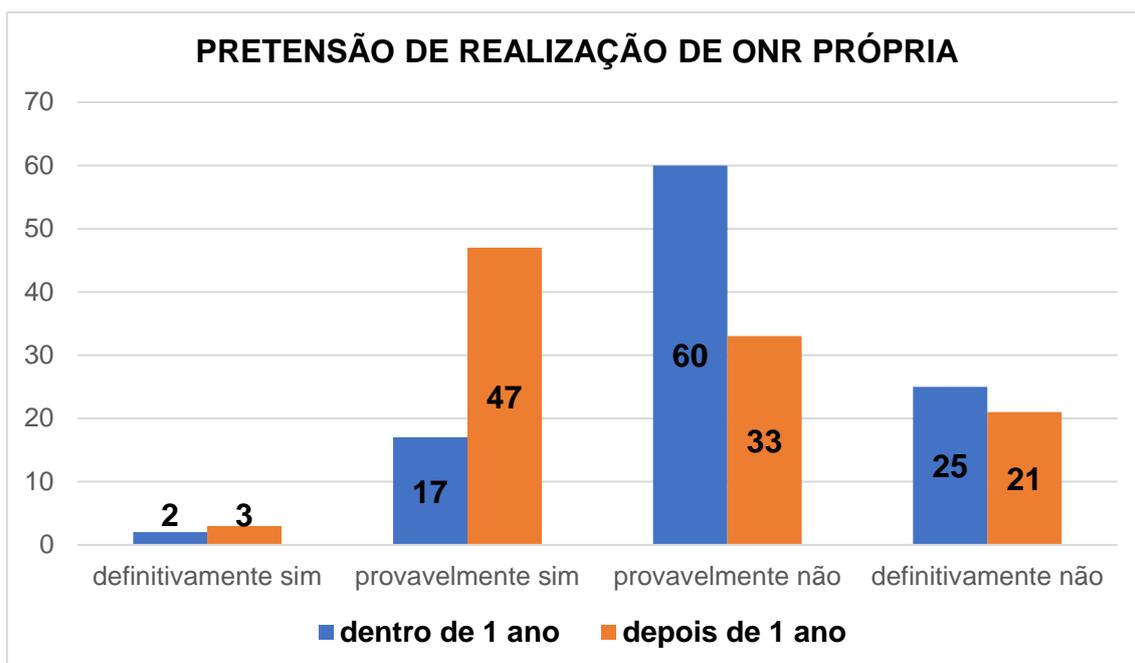
Dados que são proporcionalmente inversos à uma pesquisa realizada no serviço de saúde primário do Canadá, no ano de 2012, onde de 429 pacientes, 361 (84%) já conheciam a ONR (ROBINSON; KOLESAR, 2012). O que só escancara a falta de informação dos pacientes brasileiros quando comparados aos pacientes de outros países.

A respeito da realização de ressuscitação em pacientes terminais, apenas 22,12% dos pacientes e 17% de seus familiares se declararam muito desfavoráveis. O total de 58,65% dos pacientes e 73% dos familiares acreditam que a decisão a respeito da ressuscitação deve ser tomada em conjunto pelo paciente, o médico e os familiares. E, apenas 9% dos pacientes e 12% dos familiares acreditam que essa decisão deve ser tomada unicamente pelo próprio paciente (BONAMIGO, *et al*, 2017, p. 397).

Desta forma evidencia-se que a autonomia do paciente ainda é muito subestimada – inclusive pelo próprio paciente. Apenas 25 dos pacientes e 24 dos familiares são muito favoráveis à implementação da Ordem de Não Reanimar no Brasil. O que representa cerca de 24% de ambos os grupos (BONAMIGO, *et al*, 2017, p. 397).

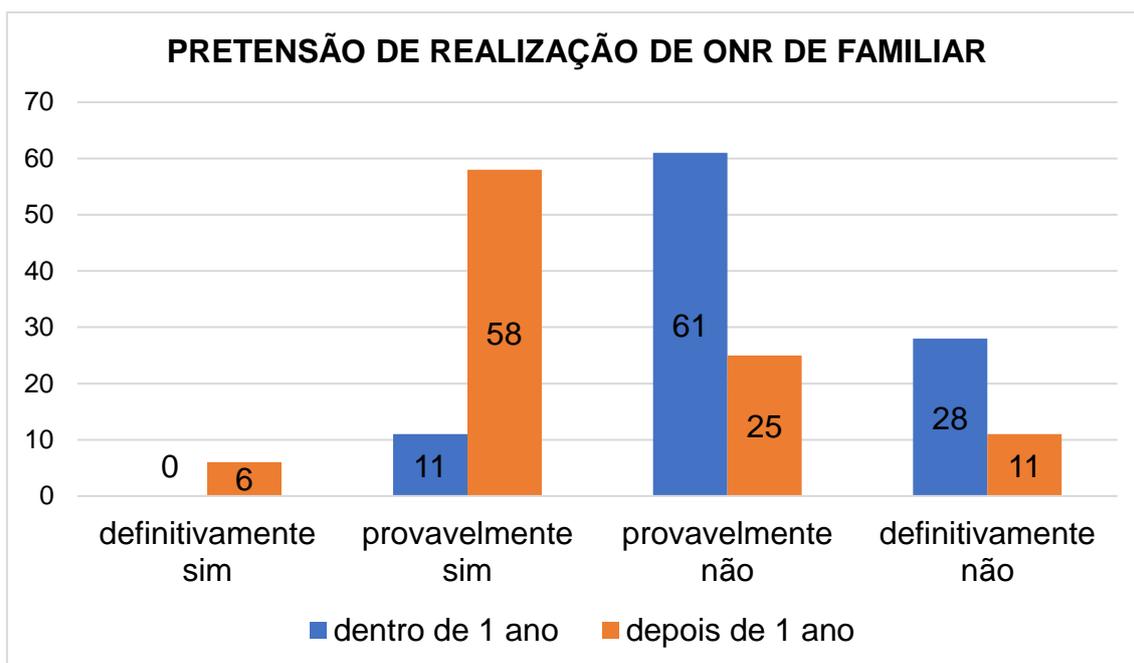
A respeito da importância de que o paciente registre em documento ou prontuário sua decisão de não ser reanimado, 11,54% dos pacientes e 18% de seus familiares classificam como muito importante. Enquanto 63,46% dos pacientes e 74% dos familiares acham importante; 16,35% de pacientes e 7% dos familiares consideram pouco importante; e 8,65% dos pacientes e 1% dos familiares consideram nada importante (BONAMIGO, *et al*, 2017, p. 397).

Os pacientes, quando questionados se pretendiam realizar sua própria Ordem de Reanimar (Gráfico 03) no prazo de 1 ano, mais da metade (57,69%) acredita que provavelmente não a fariam. Porém, quando questionados novamente, agora num prazo superior a 1 ano, esse número cai para 31,73%. Enquanto 17 pacientes diziam que provavelmente a realizariam dentro de 1 ano, 47 provavelmente a realizariam depois de 1 ano.



**Gráfico 03.** Pretensão dos pacientes oncológicos realizarem ONR. (Elaborado pela autora com dados de BONAMIGO, *et al*, 2017).

Nota-se, assim, que o tempo é também fator determinante para a adoção ou não da ONR. Analogamente, os familiares decidiram a respeito da realização de ONR de seus familiares pacientes (Gráfico 04). No prazo de 1 ano nenhum familiar a realizaria com certeza, 11 provavelmente sim, 61 provavelmente não e 28 definitivamente não a fariam. Já no prazo superior a 1 ano, 6 definitivamente a realizariam, 11 provavelmente sim, 61 provavelmente não e apenas 11 definitivamente não a efetuariam.



**Gráfico 04.** Pretensão dos familiares dos pacientes oncológicos realizarem ONR. (Elaborado pela autora com dados de BONAMIGO, *et al*, 2017).

Bonamigo (2016) realizou também, uma pesquisa através de questionário aplicado a 80 médicos da delegacia do Conselho Regional de Medicina de Joaçaba, no estado de Santa Catarina.

Quando questionados do conhecimento a respeito do termo “Ordem de Não Reanimar” um total de 90%, que consiste em 72 dos profissionais, tinham conhecimento prévio do assunto. O fato de 10% dos médicos não terem conhecimento chamou atenção “considerando-se que se trata de conduta a ser sempre considerada em caso de parada cardiorrespiratória de paciente quando o procedimento configura-se como fútil” (BONAMIGO, 2016, p. 598).

Obteve-se que 85% dos médicos da pesquisa executariam ou prescreveriam ONR desde que autorizada pelo próprio paciente. E notou-se que o fator idade é relevante para que o médico acate ou não a ONR. Quanto mais jovem o médico mais propenso a acatar a ordem. Pode-se questionar dois possíveis motivos: os médicos mais jovens obtiveram uma formação embasada em ensinamentos éticos; ou os médicos mais idosos por estarem se aproximando do fim de sua própria vida, se tornam mais favoráveis a procedimentos que prologuem a vida (BONAMIGO, 2016, p. 599).

Questionados a respeito da existência ou não de normatização ética da ONR no Brasil, 74%, ou seja, 59 médicos participantes, responderam erroneamente, afirmativamente. Número que mais uma vez chamou atenção para o problema que “nosso país ainda se encontra na penumbra legislativa em relação a alguns aspectos da terminalidade de vida” (BONAMIGO, 2016, p. 598).

Como resultado, obteve-se que a maioria dos médicos tem conhecimento a respeito da ONR e a executariam com o consentimento do paciente, mesmo que acreditem que o termo deva ser realizado em conjunto aos familiares. A grande maioria 93% aceitariam uma ONR emitida por algum de seus familiares. E quase nenhuma desejaria que uma ONR própria fosse respeitada, acreditando que seu caso concreto deveria ser avaliado pelo profissional em atuação.

Outro estudo, foi realizado em um hospital de Aracaju, Sergipe, com 10 enfermeiros que atuam no setor de oncologia. E obteve-se que:

Para 60% dos enfermeiros pesquisados, a conduta a ser tomada diante uma parada cardiorrespiratória (PCR) é utilizar todos os recursos possíveis, realizando as manobras de reanimação cardiorrespiratória (RCP) e administração de drogas vasoativas, 30% deles afirmaram exercer a ONR o paciente e 10% responderam que utilizam todos os recursos e exercem a ONR; nenhum deles admitiu aguardar o médico para tomada de decisão (NOGUEIRA, et al, 2015, p. 42)

Além disso, se o paciente se encontrar em estado terminal, 60% dos enfermeiros da pesquisa não realizariam as manobras de ressuscitação, levando em consideração o quadro clínico terminal.

A tomada de decisão exige uma análise minuciosa do contexto sociocultural, e tem como base habilidades técnicas e éticas, conhecimento teórico, profissionalismo, autonomia, valores pessoais, confiança e propensão a assumir riscos. O agir do enfermeiro não requer somente a prática em realizar o cuidado assistencial e conhecimento teórico, mas também uma formação moral e ética que o norteie e sustente em uma tomada de decisão, pois trabalha cotidianamente com vidas (TRIGUEIRO 2010, et al, apud NOGUEIRA, et al 2015, p. 42).

Nota-se que a execução da ONR não depende de um agente unicamente e isolado. É preciso que todo o corpo profissional esteja em sintonia e aberto a tratar abertamente com o paciente sobre os procedimentos.

Acredita-se que seja momento propício para a necessária implementação de regulamentação da ONR:

A não reanimação de pacientes em fase terminal de doença progressiva constitui ato humanístico que visa atender ao princípio bioético da não maleficência, com a finalidade precípua de minimizar o sofrimento humano e evitar a prática de distanásia. Os resultados encontrados nesta pesquisa permitem inferir que o momento é oportuno para que seja elaborada orientação ética sobre a ordem de não reanimar no Brasil, suprimindo a lacuna normativa existente (BONAMIGO, 2016, p. 600).

No Brasil, a prática da ONR não é formalmente reconhecida mesmo que na prática seja adotada (BONAMIGO et al, 2017), de todo modo, desde que o paciente esteja em fase terminal o médico possui permissão para acatar sua recusa a tratamento paliativo – ou de seu representante legal. Consoante, a resolução expedida em 2006 pelo CFM que trata da terminalidade da vida em seu art. 1º estabelece:

**Art. 1º** É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.  
**§ 1º** O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.  
**§ 2º** A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.  
**§ 3º** É assegurado ao doente ou representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica. (Resolução CFM n. 1805/2006)

Existe ainda, a resolução acerca das diretivas antecipadas de vontade (testamento vital) que incumbe validade para a manifestação de vontade prévia do paciente e dita que esta deve ser respeitada, desde que não vá de encontro aos preceitos ditados pelo CEM. A resolução define as diretivas antecipadas de vontade como: “o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” e seu art. 2º traz:

**Art. 2º** Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

**§ 1º** Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

**§ 2º** O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

**§ 3º** As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

**§ 4º** O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

**§ 5º** Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente. (RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012)

Além de todos os dilemas éticos que os pacientes, familiares e principalmente, os profissionais da saúde. Relevante que se tenha regulamentações dessa natureza, porque muitos profissionais da saúde têm receio de aceitar uma recusa a tratamento tal qual a ONR e acabar sofrendo consequências jurídicas, justamente pela falta de disposição legal acerca do assunto.

[...] a sua indicação [da ONR] pelos profissionais de saúde é uma escolha difícil, porquanto gera o sentimento de impotência, de desistência do paciente, e isso leva ao desconforto de lidar com a morte, além do maior empecilho no Brasil, que é o medo do processo judicial, já que não é um ato legalmente casado na maioria dos casos (TRIGUEIRO, 2010, p. 724).

Para o paciente em fase terminal, sem perspectiva de cura, a realização do procedimento de ressuscitação se trata de ato meramente protelatório da morte. Visto que não tem potencial de cura e acaba por apenas prolongar uma vida desprovida de qualidade e com grandes probabilidades de sequelas limitantes e permanentes.

### **3 O CONFLITO DE NORMAS NO DIREITO BRASILEIRO: o direito à vida versus a Ordem de Não Reanimar**

Quando a ONR é trazida à tona surgem muitas dúvidas em relação à sua aplicação. Utilizando-se das lentes das garantias e direitos fundamentais adotados pela CF/88, se torna cruel e até injusta a imposição de manobras reanimadoras a pacientes sem perspectivas de cura ou melhora, sujeitando-os a conviver com sequelas até que finde a vida.

A Bioética atua de forma a minimizar as consequências negativas enfrentadas pelas pessoas, conforme a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos<sup>3</sup>. No contexto da ONR se trata, principalmente, de pacientes em fase terminal de doenças crônicas. E é pela aplicação das garantias como forma a assegurar dignidade e qualidade de vida que a Bioética preza.

#### **3.1 Bioética nas Garantias e Direitos fundamentais**

É pertinente principiar este subtópico trazendo a distinção entre garantias e direitos fundamentais. No direito brasileiro, os autores se ocupam de realizar essa diferenciação como as garantias sendo um rol que cumpre de assegurar os direitos, como traz Bonavides:

O mais recente contraste talvez tocante a direitos e garantias, da lavra de um constitucionalista de língua portuguesa, é este de Jorge Miranda: Clássica e bem actual é a contraposição dos direitos fundamentais, pela sua estrutura, pela sua natureza e pela sua função, em direitos propriamente ditos ou direitos e liberdades, por um lado, e garantias por outro lado. Os direitos representam só por si certos bens, as garantias destinam-se a assegurar a fruição desses bens; os direitos são principais, as garantias acessórias e, muitas delas, adjectivas (ainda que possam ser objecto de um regime constitucional substantivo); os direitos permitem a realização das pessoas e inserem-se directa e imediatamente, por isso, as respectivas esferas jurídicas, as garantias só nelas se projectam pelo nexo que possuem com os direitos; na acepção jusracionalista inicial, os direitos declaram-se, as garantias estabelecem-se (MIRANDA, *apud*, BONAVIDES, 2020, p. 540).

---

<sup>3</sup> Adotada por aclamação em 19 de outubro de 2005 pela 33ª. Sessão da Conferência Geral da UNESCO.

A ideia de que o ser humano possui garantias inerentes à sua existência parece lógica e, de certa forma, natural. Mas, foi preciso uma evolução histórica social e diversos atos e declarações para que se chegasse ao ponto de se encarregar ao Estado o dever de proteger e assegurar esses direitos. Assim, o Professor Doutor Virgílio Afonso da Silva levanta questões a respeito da criação e aplicação desses direitos:

[...] é possível se indagar, apoiando-se no título de um artigo de William Brennan Jr.: por que ter uma declaração de direitos fundamentais? Esse é, entre outros, o mote deste texto, cujo fio condutor poderia ser sintetizado em quatro perguntas básicas: Por que deve haver uma declaração de direitos? Como fundamentá-los? Como surgiram? Como evoluíram? (SILVA, 2005, p. 543).

Não se pode apontar precisamente um único momento na história em que ocorreu o nascimento dos direitos fundamentais. Mas, estima-se que já na antiguidade começaram a nascer ideais substanciais para o reconhecimento dos direitos humanos e tem-se notícia de previsão de direitos básicos, como a dignidade, em lei desde o Código de Hamurabi datado no século XVIII a.C:

O Código de Hamurabi (1690 a.C) talvez seja a primeira codificação a consagrar um rol de direitos comuns a todos os homens, tais como a vida, a propriedade, a honra, a dignidade, a família, prevendo, igualmente, a supremacia das leis em relação aos governantes. A influência filosófico-religiosa nos direitos do homem pode ser sentida com a propagação das ideias de Buda, basicamente, sobre a igualdade de todos os homens (500 a.C) (MORAES, 1997).

Ingo Sarlet explica, ainda, a respeito das raízes desses direitos:

De modo especial, os valores da dignidade da pessoa humana, da liberdade e da igualdade dos homens encontram suas raízes na filosofia clássica, especialmente no pensamento greco-romano e na tradição judaico-cristã. Saliente-se, aqui, a circunstância de que a democracia ateniense constituía um modelo político fundado na figura do homem livre e dotado de individualidade (SARLET, 2013).

Um marco histórico mais recente que se pode apontar, é a Revolução Francesa que contribuiu para que a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) fosse criada em 1948 resultando em um documento pioneiro que

igualava todos os seres humanos e previa garantias básicas a serem prestadas pelo Estado. Consonante Carlos Alberto Marchi de Queiroz:

A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, decorrente da Revolução Francesa, proclamou como direitos naturais e imprescritíveis, a liberdade, a propriedade, a segurança, e a resistência à opressão, negando o estado de coisas que vigorava sob o domínio da realeza (QUEIROZ, 2001).

A DUDH editada pela Organização das Ações Unidas – ONU, solidificou alguns direitos e garantias como intrínsecos à condição humana. Esses direitos incluem o direito à vida, à dignidade da pessoa humana, à saúde e à liberdade. São os chamados direitos humanos.

Para Bobbio (2004), “sem direitos do homem reconhecidos e protegidos, não há democracia” e na esfera brasileira temos essas garantias fundamentais consolidadas pela CF de 1988.

Leal (1997), infere que a CF “alargou significativamente a abrangência dos direitos e garantias fundamentais, e, [...] prevê a edificação de um Estado Democrático de Direito no país”.

É incontestável que os direitos humanos são recursos formadores da expressiva maioria dos Estados existentes hoje, a exemplo, se tem a Constituição Federal Brasileira de 1988 que se norteia nos princípios fundamentais dedicando o texto de seu título II inteiramente a esses direitos e garantias, consolidando os direitos fundamentais no âmbito brasileiro.

O caput do art. 5º da CF traz como garantia a todos os cidadãos o direito à vida e o art. 6º prevê o direito à saúde como um dos direitos sociais. Para Sampaio (2002), os direitos fundamentais são “supraconstitucionais”, não podendo nenhuma lei sobrepor-se a tais garantias, e apesar de alguns defenderem que o direito à vida seja a garantia suprema, não existe hierarquia entre tais direitos.

Como traz Ingo Sarlet em seu curso de Direito Constitucional, esses direitos possuem um resguardo equiparado ao das cláusulas pétreas, implicando em uma vedação quanto a qualquer alteração que possa prejudicar a aplicação desses direitos:

[...] ainda que parte desses princípios (com destaque para a dignidade da pessoa humana, a República, o Estado Democrático e Socioambiental de Direito) não integre expressamente o elenco das assim chamadas “cláusulas pétreas” [...], assume, no nosso entender e salvo melhor juízo, a condição de limite material implícito à reforma constitucional (SARLET, 2019, p. 329).

O avanço na área das ciências médicas se deu, principalmente, por meio de experimentos, sem que se fizesse muita diferenciação das “cobaias humanas” para as “não-humanas”, pelo fato de as cobaias utilizadas fazerem parte, normalmente, de classes sociais marginalizadas. Dessa forma, não se fazia uma valoração moral na escolha de tais cobaias, como exemplo, pode se citar a propositura de Pasteur a Dom Pedro II para que se procedesse testes da vacina antirrábica nos prisioneiros brasileiros condenados à pena de morte (REGO, *et al*, 2009).

Alguns anos antes da publicação do livro de Van Rensselaer Potter (1971), o médico anestesista Henry Beecher, publicou um artigo que causou espanto e alvoroço na comunidade científica. Em *Ethics and clinical research*, havia um compilado de 22 informes a respeito de pesquisas realizadas por meio de recursos governamentais e por companhias de medicamentos (DINIZ; GUILHEM, 2012).

Constatou-se que os objetos dessas pesquisas eram os chamados ““cidadãos de segunda classe”: internos em hospitais de caridade, adultos com deficiências mentais, crianças com retardos mentais, idosos, pacientes psiquiátricos, recém-nascidos, presidiários [...]”. Além dos maus-tratos constatados, apenas 1% das pesquisas apresentavam o termo de consentimento em seu protocolo (DINIZ; GUILHEM, 2012).

Em consequência desses e de outros exemplos de má pesquisa científica, Beecher constatou que, de 100 pesquisas envolvendo seres humanos publicadas no decorrer do ano de 1964 em um excelente período científico, um quarto revelava maus-tratos ou violações éticas, seja em relação aos pacientes, seja em relação à condução dos protocolos. O crescente aumento dos recursos disponíveis para pesquisa com seres humanos não se fez acompanhar de responsabilidade moral equivalente por parte dos pesquisadores. [...] manteve-se a referência à ética utilitarista como justificativa para a experimentação científica com seres humanos (DINIZ; GUILHEM, 2012, p. 22).

Desde então, a Bioética se fez cada vez mais presente nas discussões médicas e a respeito dos Direitos Humanos ao redor do mundo. A Constituição Federal de 88, traz em vários de seus artigos e disposições pautas que abordam temáticas concernentes à Bioética. Pauta importante levantada, leva em consideração que a conduta humana pode acarretar danos irreversíveis aos homens, animais e ambiente que habitam (ASSUMPÇÃO; VIEIRA, 2018).

Com o avanço da tecnologia e crescimento das ciências biomédicas, as intervenções no ser humano passaram a ser mais comuns, como por exemplo: a reprodução assistida, o transplante de órgãos, e a evolução da engenharia genética. Tais intervenções acabam por criar inéditos parâmetros para que os profissionais da saúde atuem (CONTI; SOUZA, 2021).

A função terapêutica passa a dividir espaço com a preventiva e a diagnóstica e até mesmo com a possibilidade de ações que visam selecionar e melhorar características físicas e mentais. Nesse contexto, é inevitável que surjam questionamentos éticos concernentes aos limites de aplicação de tais biotecnologias (CONTI; SOUZA, 2021, p. 716).

A Bioética é a ferramenta principal e essencial para que se possa resolver os conflitos trazidos à tona com esse novo cenário que se apresenta na medicina e biomedicina moderna. E, é por meio da valoração do ser, da virtude, do utilitarismo que a Bioética busca nortear a conduta dos profissionais da área da saúde (CONTI; SOUZA, 2021).

Uma das bandeiras mais importantes levantadas pela Bioética é a da proteção da autonomia do paciente. O paciente, é comumente tido como uma parte passiva do processo de seu próprio tratamento. E, para que o paciente possa usufruir de seu direito à autonomia é necessário que tenha além da opção de fazer uma escolha, tenha as informações básicas para que possa pesar os prós e contras e tomar uma decisão embasada (KOVÁCS, 2003).

Um aspecto importante a ser apontado, quando nos referimos ao princípio da autonomia, é a constatação de que nos cuidados aos doentes, muitas vezes, ocorre uma relação paternalista, assimétrica, entre eles e os profissionais de saúde: em uma das polaridades está o poder da equipe de saúde e, na outra, a submissão do paciente. Quando se favorece a autonomia, ocorre uma relação simétrica entre profissionais e pacientes, sendo que estes últimos participam de maneira ativa das decisões que envolvem seu tratamento, bem como sua interrupção (KOVÁCS, 2013, p.119).

A questão da Bioética mais crucial para essa monografia é o dilema de utilizar-se da tecnologia para o simples prolongamento da vida. A grande evolução tecnológica na área médica acaba por criar muitos conflitos no ramo da Bioética.

Se é a vida, como valor absoluto, que deve ser mantida a todo custo, nada poderá ser feito para a sua abreviação, e deve se evitar a morte a todo custo. Foi o desenvolvimento da tecnologia que favoreceu a manutenção e prolongamento da vida, e então pergunta-se até quando investir em tratamentos e quando interrompê-los (KOVÁCS, 2013, p.119).

A Bioética tem contribuições de várias áreas dos saberes, é, em sua essência, uma matéria interdisciplinar. E, por isso, sempre repercutem dilemas de outros campos exigindo, assim, que o pensamento jurídico sempre esteja se adequando às determinadas situações externas de seu alcance. Sendo uma vertente pluralista é indispensável que o pensamento jurídico expanda seus conhecimentos para abarcar novos impasses. “O que há é apenas este imenso descompasso entre o avanço tecnológico e a normatização jurídica, que precisa ser, com urgência, redimensionado” (HIRONAKA, 2001).

### **3.2 O Princípio da Autonomia e os direitos do(a) paciente**

A palavra autonomia deriva da junção das palavras em grego: *auto*, próprio e *nomos*, norma, o que atribui ao termo uma ideia de autodeterminação. Assim, para que a pessoa possa fruir de autonomia é imprescindível de possa fazer escolhas e tomar decisões e criar suas próprias leis. Mesmo com a aparente simplicidade do conceito, a autonomia envolve camadas e dimensões de organizações para que seja alcançada: um arranjo social, político e cultural, para que não se tenha apenas uma única “boa escolha” (ARAÚJO, 2008).

Além da necessidade de que se exista opções viáveis, a autonomia se refere à capacidade de decidir o que lhe é bom, logo, é preciso que a pessoa tenha o esclarecimento necessário para tal (ARAÚJO, 2008).

O conceito de autonomia adotado hoje advém da atuação que homem avoca na modernidade, na qual assume o controle de suas escolhas e pensamentos para que possa entender e dominar o mundo:

[...] o princípio de autonomia vincula-se à relevância que o sujeito assume na modernidade, relevância esta inseparável da reivindicação da liberdade de pensamento, da hegemonia da razão frente aos dogmas religiosos e ao peso da tradição. O significado de autonomia passa então a ser compreendido não apenas como a tentativa de apreender racionalmente o mundo, mas também de dominá-lo e submetê-lo às finalidades humanas, por via do desempenho de uma razão subjetiva e independente (SEGRE, 2009, p. 02).

Apesar de um conceito vago, a autonomia garante direitos básicos e indispensáveis aos seres humanos para uma vida plena em sociedade, como: liberdade de ação, vida consciente, integridade corporal e psíquica, educação, liberdade de expressão, liberdade de desenvolvimento de sua vida privada, liberdade de associação, trabalho e período ócio (ARAUJO, 2010).

Existe um debate a respeito do balizamento da autonomia, os autores discutem até onde a aplicação do Princípio da Autonomia seria aplicável e quando se justificaria cercear essa autonomia da pessoa em prol de sua dignidade. Sarmento levanta questionamentos pertinentes a respeito do controverso impasse dessa contraposição entre a autonomia e a dignidade da pessoa humana:

A dignidade humana ampara o direito das pessoas adultas de se prostituírem, por decisão voluntária, ou impõe ao Estado que proíba e combata a prostituição, por se tratar de atividade intrinsecamente indigna? E quanto ao uso de drogas? Eutanásia e suicídio assistido? O que dizer da recusa à transfusão de sangue, mesmo quando importe em risco de vida para o paciente? E – maior dos tabus – pode o incesto ser vedado pelo Estado quando praticado por adultos? (SARMENTO, 2016, p. 130).

De um lado, se defende que o tratamento digno da pessoa implica no reconhecimento de sua autonomia e direito de tomar decisões e realizar escolhas. Do outro, se defende que é justificável o cerceamento da autonomia quando para atuar na defesa de sua dignidade (SARMENTO, 2016, p. 130).

Embora existam, [...] um variado número de menções a direito à saúde e proteção a questões bioéticas em grau constitucional, ainda persiste no país, a necessidade de discussão a respeito de como se concretiza essa proteção à saúde. Vários países possuem a tradição de priorizar a vontade do cidadão, principalmente enquanto paciente, em nome do princípio bioético da autonomia ou autodeterminação (ASSUMPÇÃO;

VIEIRA, 2018, p. 1046).

Para Kant, a autonomia é o pilar da dignidade humana, e todo ser humano deve poder agir e decidir de acordo com sua própria lei, a lei da razão. Somente agindo com plena liberdade se tem a dignidade (ARAUJO, 2010, p. 315-316) dessa forma para que se preserve a dignidade do paciente é necessário que se respeite suas decisões. No âmbito da saúde é preciso que se pondere os direitos dos cidadãos, e em alguns países já se definiu a importância e preponderância da autonomia do paciente.

Deve-se respeitar os valores e direitos do paciente, como sua autonomia e consentimento, e quando de sua inabilidade de expressar sua vontade levar em consideração as decisões de seu representante (ARAUJO, 2010, p. 315-316).

### **3.3 Solução para o conflito aparente de normas no direito brasileiro**

Houve um tempo em que nosso poder sobre a morte era muito pequeno e hoje, que esse poder aumentou, a morte foi definida como inimiga, e fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. A fantasia onipotente, que permitiu que a sociedade moderna acreditasse que seu poder sobre a morte aumentara consideravelmente, foi decorrente das modificações sociais e tecnológicas que culminaram, na área da saúde, com o domínio de sofisticadas tecnologias diagnósticas e terapêuticas. (OLIVEIRA, et al, 2007, p. 286)

Os princípios éticos englobam tanto a vida como a morte digna. A maneira e condições que acontecem a morte importam. “A concepção de que o direito de morrer deve ser visto sob o prisma da ética e da dignidade humana deve considerar o sofrimento, a justificativa e a forma que fundamentam o desejo racional em dispor da própria vida” para que assim se alcance a justiça social (LEONARDO; ROSA, 2015, p. 376).

[...] a definição mais simples e tradicional de morte é aquela que a considerava como a cessação total e permanente das funções vitais, e assim a lei admitia, sem procurar se aprofundar em seus detalhes. Esse conceito, antes aceito, constituiu-se por muito tempo pacífico, até que surgiram os modernos processos de

transplantação de órgãos e tecidos, passando, daí em diante, a se rever o exato momento de considerar alguém morto. Não se pode atualmente aplaudir a idéia de que o corpo só pode estar em dois estados – de vida ou de morte –, pois é sabido que a morte se produz por etapas sucessivas, em determinado espaço de tempo, individualizado e dependente de sua causa, e, por isso, não é ela simplesmente um momento ou um instante, como defendem os espiritualistas, mas um verdadeiro processo. Sabe-se também que os meios anteriormente disponíveis pela Medicina Legal para precisar a morte, quando no interesse dos transplantes, eram precários. Daí surgir, nos dias atuais, um novo conceito: a morte encefálica (FRANÇA *apud* LEONARDO; ROSA, 2013).

Como já citado nesse estudo, no Brasil, o caso mais expressivo quando se trata de recusa terapêutica é a recusa a transfusões de sangue por parte dos adeptos da religião Testemunhas de Jeová. Quando a recusa ocorre embasada na religião, costumeiramente é subestimada - e até desprezada, por parte do corpo médico.

Quando os dilemas éticos surgem na práxis do trabalho, principalmente na área da saúde, a ética entra como suporte, guia e orientadora, de modo a sempre buscar o respeito aos sujeitos envolvidos na situação. Nesse sentido, ela suscita discussões e cria diretrizes que podem garantir a legitimidade da recusa do prolongamento da vida nos casos de morte iminente. (TRIGUEIRO, 2010, p. 721)

Porém, segundo Nascimento (2010), não é papel do profissional de saúde se colocar em posição de julgar a fundamentação dessa escolha. O seu papel é saber se o paciente encontra-se em condições de tomar tal decisão e se está totalmente esclarecido quanto aos procedimentos e consequências.

Não raro, quando a decisão de recusa é tomada com base em preceitos religiosos, há uma negativa de aceitação desta por parte do profissional médico, recorrendo este muitas vezes ao poder Judiciário para implementação do procedimento proposto. Esquece o médico que seu papel neste caso não é o de dissuadir o paciente de sua fé, ou forçá-lo a agir contra aquilo que acredita, mas sim o de verificar se o paciente tem condições para tomar tal decisão, se está corretamente esclarecido e convicto dela (NASCIMENTO, 2010, p. 34).

O acolhimento da ONR é mais provável quando o paciente possui sintomas intratáveis (BONAMIGO, 2017) porque “pessoas com qualidade de vida comprometida por doenças crônicas não desejam tratamentos agressivos

de suporte à vida, mesmo em condições de emergência” (RUBULOTTA; RUBULOTTA, 2013).

Cumpra-se enfatizar que as medidas que visem ao conforto e alívio do sofrimento são imprescindíveis, o que inclui não estabelecer manobras que possam prolongar a vida, como a RCP. Sendo assim, a reanimação, em cuidados paliativos, é considerada medida extraordinária ou experimental, ato invasivo, heróico e de recurso inadequada alocação de recurso (TRIGUEIRO, 2010, p. 723).

Ressalta-se que o direito à vida inclui o direito a uma morte digna. Não se pretende criar precedentes para que se interrompa vidas em sua plenitude. A ONR pretende que se deixe o curso da morte correr naturalmente, sem procedimentos meramente protelatórios, que apesar de estarem mantendo a vida do paciente, não a fazem com qualidade. Causando mais sofrimento tanto para o próprio paciente como para seus familiares.

Indiscutível que a vida precisa ser prioridade de proteção pelo Estado, porém, a defesa é por uma vida que o indivíduo possa viver de forma plena, exercendo todos seus direitos e gozando de suas faculdades mentais:

Frisa-se que a defesa da vida, direito constitucionalmente previsto, não se tratando de qualquer vida, mas sim a digna; portanto, estando a pessoa em estado psicológico equilibrado e ciente de sua condição de saúde pode ela, convicta do que está fazendo, decidir sobre o viver ou o morrer, no sentido do poder de escolha quanto aos tratamentos pelos quais aceita e pelos quais não aceita ser submetida (GOUVÊA; DEVAL, 2018, p. 58).

A adoção da ONR não implica em disponibilidade da vida, apenas expressão digna da autonomia do paciente:

[...] a recusa a determinado tratamento não representa a defesa de um direito à morte, ou mesmo a transformação do direito à vida em um direito disponível, visto que tal direito é constituído não apenas pela simples afirmação da existência física, do indivíduo, mas abrange também elementos espirituais e emocionais. Proteger a vida significa assegurar ao sujeito não apenas a sua existência, mas também conceder a ele a liberdade de conduzi-la de acordo com os princípios, valores e crenças que este escolher. Proteger o direito à vida significa respeitar o indivíduo independente de suas escolhas e crenças, ainda que estas sejam contrárias as nossas convicções (NASCIMENTO, 2010, p. 60).

Acatar a ONR do paciente é validar seu direito de autodeterminação, não impondo que se sacrifique. Entender que escolher por não ser submetido à ressuscitação, em casos nos quais os danos superariam as possíveis benesses, é optar pela vida digna, alcançada pelo exercício da autonomia.

A imposição de determinado tratamento a um paciente representa uma agressão direta a seus direitos, pois vai de encontro não apenas com o seu exercício da liberdade, mas também fere a sua dignidade à medida que destrói suas convicções e crenças causando um dano psicológico irreversível, um dano moral irreparável, em muitos casos destruindo completamente tudo o que o indivíduo considera vida e em alguns casos podendo até mesmo conduzir a morte deste (NASCIMENTO, 2010, p. 61).

Existe uma cisão entre a moral individual e a ética social. Questiona-se, a razoabilidade de impor ao paciente que renuncie a sua individualidade e se submeta a procedimentos não desejados, para que se adeque aos moldes estipulados pela sociedade, limitando sua autodeterminação e garantia de dignidade (LEONARDO; ROSA, 2015).

Os cuidados paliativos têm como ideologia acolher a pessoa, na fase final da vida, na sua globalidade de ser, promovendo o bem-estar e a dignidade do paciente crônico e terminal. Tais cuidados ao paciente possibilitam de não ser expropriado do momento final de sua vida, mas de viver a própria morte, estando preparado para dar continuidade a um tratamento que não resulta em cura, mas sim aceitando a sua morte (NOGUEIRA, et al, 2015, p. 41)

É preciso se considerar os direitos do paciente na execução e aplicação da ONR. Não deve-se impor ao indivíduo que se submeta a tratamentos de forma contrária à sua vontade esclarecida. Em um cenário que se entende que a morte é inevitável, mais importante que adiá-la a qualquer custo, é garantir que se chegue até ela com a maior qualidade de vida que se consiga obter. Cabendo a cada um decidir a melhor maneira de vivenciá-la:

Diante disso é que os cuidados paliativos surgem como uma alternativa, ou melhor, como uma proposta que faz frente à obstinação terapêutica de modo a valorizar a história do indivíduo adequando-a a esse momento tão particular que é a hora de sua morte. (OLIVEIRA, et al, 2007, p. 286)

Diferentemente do que comumente se acredita, os cuidados paliativos não se caracterizam pela omissão de tratamento. É um conjunto de cuidados

pensados para aliviar e confortar pacientes dos quais tratamentos nenhum irá beneficiá-lo com a cura. Talvez, essa seja a saída para começar a se buscar nos casos em que pacientes emitam a ONR. Pois, dessa forma poderá agir para aliviar seus sintomas no intuito de amenizar sua dor e sofrimento. Garantindo, assim, a dignidade do paciente terminal até o fim de sua vida.

## CONCLUSÃO

De acordo com o que foi abordado acerca da autonomia do paciente, a presente monografia buscou abordar a autonomia do(a) paciente, por um ângulo de proteção da dignidade de pessoa humana, conforme princípios fundamentais.

Entendeu-se que o Biodireito e a Bioética nascem com a finalidade de proteger esses princípios e direitos fundamentais dos indivíduos.

Realizou-se uma busca pela prática médica, para que se pudesse vislumbrar como ocorre a execução de uma ONR no contexto brasileiro, tal qual, a expressão e fruição dos direitos dos pacientes e direito a objeção médica.

No que concerne aos direitos dos pacientes, o foco maior se deu na recusa terapêutica, que acaba por ser a principal base para a emissão de uma ONR.

Inicialmente, a estrutura dessa monografia foi pensada de forma diferente. O terceiro capítulo seria destinado à análise de jurisprudências brasileiras. Ocorre, que não existe, ainda, casos levados ao conhecimento do judiciário relacionados à ONR. Fato que restou por evidenciar a omissão legislativa brasileira, ou, em um olhar mais otimista, as ONR expressas estão sendo respeitadas.

Afinal de contas, o médico brasileiro possui respaldo para acatar uma Ordem de Não Reanimação? E para ignorá-la? A resposta mais curta para ambas as perguntas é: sim. Só depende se o profissional se embasará em princípios éticos ou tomará uma postura jus positiva.

Após explorar a legislação, regulamentações e a prática concernente à atuação médica, se pôde observar que o Brasil ainda se encontra em uma zona obscura quando se trata de normativas relacionadas à terminalidade da vida.

Mesmo que o Brasil na conjuntura atual se mostre disposto a uma transição do paternalismo para o consentimento livre e esclarecido, ainda não é claro para todos os integrantes da relação médico-paciente que o direito à vida está intimamente ligado ao direito de morrer com dignidade. O direito de morrer não é oposto ao direito à vida, sendo, apenas, duas perspectivas do mesmo direito.

O cenário brasileiro, ainda precisa percorrer um longo caminho até que se

alcance o total discernimento a respeito das recusas terapêuticas, tal qual a ONR. Tanto pacientes, como médicos e familiares sofrem pela omissão normativa a esse respeito.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Aline. **Os Direitos dos Pacientes no Brasil: análise das propostas legislativas e o papel do Sistema Único de Saúde**. Revista Brasileira de Bioética 2019; 15(e16): 1-24.
- ARAUJO, Ana Laura Vallarelli Gutierrez. **Biodireito Constitucional: Uma introdução**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2010.
- ARAÚJO, Arakén Almeida de; BRITO, Ana Maria de; NOVAES, Moacir de. **Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? Revista Bioética**, [S. l.], p. 117-124, 16 jan. 2008.
- ASSUMPÇÃO, Jenifer Bacon e; VIEIRA, Tereza Rodrigues. **O princípio bioético da autonomia na concretização do direito constitucional à saúde: uma perspectiva a partir do princípio da dignidade da pessoa humana**. Portuguese ReonFacema. 4(Esp): p. 1043-1052. 15 jun. 2008.
- BARBOZA, Heloisa Helena. **Princípios da Bioética e do Biodireito**. Revista Bioética 2000 – vol 8 – nº2. p. 209 - 216
- BARROSO, L. R.; VELHO MARTEL, L. de C. **A Morte como ela é: Dignidade e Autonomia Individual no Final da Vida**. Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia, v. 38, n. 1, 2010. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/18530>. Acesso em: 30 abril 2022.
- BOLSANI, C., BARBOSA, C., & BONAMIGO, Elcio L. (2018). **Ordem de não reanimar: análise de questões éticas**. Anais De Medicina. Recuperado de <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/anaisdemedicina/article/view/15803>
- BONAMIGO, Elcio Luiz. PUTZEL, Elzio Luiz. HILLESHEIN, Klisman Drescher. **Ordem de não reanimar pacientes em fase terminal sob a perspectiva de médicos**. Revista Bioética, 24(3), Set–Dez 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016243159>.
- BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 35ª ed. São Paulo: Juspodvim, 2020.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 05 fev. 2022.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 23 ago. 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Apelação Cível 1000943-29.2019.8.26.0165 SP 1000943-29.2019.8.26.0165**. Relator: Alcides Leopoldo. São Paulo 19 de Junho de 2020. Lex: jurisprudência do STJ e Tribunais Regionais Federais, São Paulo, v. 10, n. 103, p. 558-562, mar. 1998.

BROCO, A. C., FRANCO, E., MORET, G., & BONAMIGO, E. L. (2016). **Ordem De Não Reanimar: Aspectos Éticos E Morais**. Anais De Medicina. Recuperado de <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/anaisdemedicina/article/view/12028>

CHAVES, Antônio. **Direito à vida e ao corpo**. In: Seminário Sobre O Projeto Do Novo Código Civil, Goiânia, 1985.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. **Resolução CFM nº 1.931/09**, de 17 de setembro de 2009. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 1.805/06**. Brasília, Distrito Federal, 2006. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>>. Acesso em: 29 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 1995/2012**. Brasília, Distrito Federal, 2012. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>>. Acesso em: 23 ago. 2021.

CONTI, Paulo Henrique Burg; SOUZA, Paulo Vinícius Sporleder de. **Bioética e seus paradigmas teóricos**. Rev. Bioética. 29(4). Oct-Dec 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294505>

CORRÊA, A. I. de A. **Ditames da consciência e o dever de cuidar**. CFM - Revista de Humanidades Médicas, Brasília, v. 5, n. 2, p. 28-33, maio 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/vS7aQy>>. Acesso em: 19 jun. 2022.

DE OLIVEIRA, B. R., COELHO, J. P., & PUTZEL, E. L. (2016). **Objeção De Consciência Diante Da Recusa De Tratamento E Suas Implicações Na Prática Médica**. *Anais De Medicina*. Recuperado de <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/anaisdemedicina/article/view/12069>

DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. **O que é Bioética**. São Paulo. Brasiliense, 2012.

**DOENÇAS cardiovasculares continuam sendo principal causa de morte nas Américas**. [S. l.], 29 set. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/29-9-2021-doencas-cardiovasculares-continuam-sendo-principal-causa-morte-nas-americas>. Acesso em: 23 mar. 2022.

GIANOTTO-OLIVEIRA, Renato et al. **Parada Cardiorrespiratória Prolongada Tratada com Sucesso no Metrô de São Paulo**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 102 (5). Maio, 2014. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20140058>

GONZALEZ, MM et al. **Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 101 (2 suppl 3). Agosto, 2013, doi: <https://doi.org/10.5935/abc.2013S006>

GOUVÊA, Gisele Gomes; DEVAL, Rafael Antônio. **O Direito De Morrer e a Dignidade Da Pessoa Humana**. Revista do Centro de Estudos Jurídicos, Brasília, Ano XXII, n. 75, p. 51-58, maio-ago, 2018.

GUIMARÃES, Helio Penna; LANE, John Cook; FLATO, Uri Adrian Prync; TIMERMAN, Ari; LOPES, Renato Delascio. **Uma breve história da ressuscitação cardiopulmonar**. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, 2009;7 p.177-187

GUIMARÃES, Helio Penna; LANE, John Cook; FLATO, Uri Adrian Prync; TIMERMAN, Ari; LOPES, Renato Delascio. **A história da ressuscitação cardiopulmonar no Brasil**. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, 2009;7 p. 238-244

GUIMARÃES, Nathalia Sernizon *et al.* **Aumento de Óbitos Domiciliares devido a Parada Cardiorrespiratória em Tempos de Pandemia de COVID-19**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 116 (2). Fevereiro 2021. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20200547>

IRTI, Natalino. **BIODIREITO, TECNODIREITO e GEODIREITO**. Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo v. 102 p. 1171 - 1191 jan./dez. 2007

HINORAKA, Giselda Maria Fernandes Novaes. **Bioética e biodireito: revolução biotecnológica, perplexidade humana e perspectiva jurídica inquietante**. São Paulo, 2001.

KOVÁCS, Maria Julia. **Bioética nas questões da vida e da morte**. Instituto de Psicologia – USP, 2013, 14(2), p. 115-167.

KOVÁCS, Maria Julia. **Bioética nas questões da vida e da morte**. Psicologia USP, 2003, 14(2), p. 115-16.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2003

LEONARDO, Paula Velho; ROSA, Rosana Gomes da. **O DIREITO DE MORRER E A NOVA PERCEPÇÃO DE MORTE: A EUTANÁSIA COMO PROTEÇÃO DA INDIVIDUALIDADE E DA JUSTIÇA SOCIAL**. Biodireito [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UFS; Coordenadores: Riva Sobrado de Freitas, Liziane Paixão Silva Oliveira, Simone Letícia Severo e Sousa. – Florianópolis: CONPEDI, 2015.

LUMERTZ, Eduardo Só dos Santos; MACHADO, Gyovanni Bortolini. **BIOÉTICA E BIODIREITO: Origem, princípios e fundamentos**. Revista do Ministério Público do RS. Porto Alegre, nº 81, set. 2016 – dez. 2016. p.107-126.

MARTINS-COSTA, Judith. **Bioética e Dignidade da Pessoa Humana: Rumo à Construção do Biodireito**. Revista da Faculdade de Direito da UFRGS, v. 18, 2000.

MIRANDA, Jorge. **Manual de direito constitucional**. 4. ed. Coimbra: Coimbra Editora, p. 88-89.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 17.ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 34.ed São Paulo: Atlas, 2018.

MORAES, Alexandre de. **Direitos Humanos Fundamentos: teoria geral, comentários aos arts.1º ao 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência**. São Paulo: Atlas, 1997, v.3, p.25.

NASCIMENTO, M. **O direito de recusa a tratamento médico**. Monografia publicada pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, 2010. Disponível em:  
<<http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/31321/M1331JU.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 23 set. 2021.

NOGUEIRA, E. C., SANTOS, T. V. S., & MONTEIRO, T. G. (2015). **ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA ORDEM DE NÃO RESSUSCITAR - PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO**. Interfaces Científicas - Saúde E Ambiente, 3(3), 39–48. <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2015v3n3p39-48>

OLIVEIRA, Aline Cristine de; SÁ, Lílian; SILVA, Maria Júlia Paes da. **O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal**. Revista Brasileira de Enfermagem 60 (3). Jun 2007. doi:  
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000300007>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 22 abril de 2022.

OSELKA, Gabriel. **DIREITOS DOS PACIENTES E LEGISLAÇÃO**. Revista Associação Médica Brasileira 47(2): 85-109. 2001. p. 104-105

PARANHOS DG de AM. **Direitos Humanos dos Pacientes**. Cad. Ibero Am. Direito Sanit. [Internet]. 29º de maio de 2016, 5(2):184-91. Disponível em:  
<<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/297>>. Acesso em: 25 junho de 2022.

PIVA, Jefferson Pedro; CARVALHO, Paulo R. Antonacci. **Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal**. Porto Alegre, 1993.

Disponível em: <<http://medicinaintensiva.com.br/eutanasia1.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2021.

QUEIROZ, Carlos Alberto Marchi de. **Resumo de direitos humanos e da cidadania**. São Paulo: Iglu, 2001.

REGO, S., PALÁCIOS, M., and SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética: histórico e conceitos. In: **Bioética para profissionais da saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 13-38. ISBN: 978-85-7541-390-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413906.0002>.

RIBEIRO, Diaulas Costa. **Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8): p. 1749-1754, ago, 2006.

ROBINSON C, KOLESAR S. **Awareness of do-not-resuscitate orders: what do patients know and want?** Canadian Family Physician. 2012;58(4):e229-e233

RUBULOTTA, Francesca; RUBULOTTA Giorgia. **Ressuscitação cardiopulmonar e ética**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva 25 (4). Oct-Dec 2013. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130046>

SAMPAIO, José Adércio Leite. **A constituição reinventada pela jurisdição constitucional**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel; **Curso de direito Constitucional**. 8. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti. **Direitos Fundamentais orçamento e “reserva do possível”**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2008.

SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana: conteúdo, trajetórias e metodologia**. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SEGRE, Marco; SILVA, Franklin Leopoldo e; SCHRAMM, Fermin R. **O Contexto Histórico, Semântico e Filosófico do Princípio de Autonomia**. Revista Bioética, 2009.

SILVA, Virgílio Afonso da. **A evolução dos direitos fundamentais**. Revista Latino-Americana de Estudos Constitucionais 6 (2005): 541-558

SILVÉRIO, E. L., SILVÉRIO, G. A., KAIPER, J. A., WASTNER PEREIRA, L., & KIST, L. F. (2015). **A ORDEM DE NÃO REANIMAR NO BRASIL**. Anais De Medicina. Recuperado de <https://unoesc.emnuvens.com.br/anaisdemedicina/article/view/9436>

TARTUCE, Flávio. **A situação jurídica do nascituro: uma página a ser virada no direito brasileiro**. Questões Controvertidas no novo Código Civil. Volume 6. São Paulo: Método, 2007

TEIXEIRA, Cassiano; CARDOSO, Paulo Ricardo Cerveira. **Como discutir sobre não ressuscitação cardiopulmonar na unidade de terapia intensiva?** Revista Brasileira de Terapia Intensiva 31(3). Jul-Sep 2019. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190051>

TRIGUEIRO, T. H., Labronici, L. M., Raimondo, M. L., & Paganini, M. C. (2011). **Dilemas éticos vividos pelos enfermeiros diante da ordem de não reanimação**. Ciência, Cuidado E Saúde, 9(4), 721-727. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v9i4.13824>

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. **O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso**. Rev. Col. Bras. Cir. 2014; 41(5): p. 274-277. doi: 10.1590/0100-69912014005013

VANCINI-CAMPANHARO, Cássia Regina, *et al.* **Ordens de não ressuscitação no serviço de emergência de um hospital universitário**. Albert Einstein Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa. São Paulo 15(4). Oct-Dec 2017. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017AO3999>