



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

CÂMARA TÉCNICA

PARECER COREN-SP Nº 006/2023

Ementa: Participação do profissional de enfermagem no processo de morte (ortotanásia).

Descritores: Observância a Diretivas Antecipadas; Testamento Vital; Living Wills; Eutanásia; Ortotanásia; Eutanásia Ativa Voluntária; Morte; Direito a Morrer; Morte Assistida.

1. Do fato:

Solicitação de esclarecimentos quanto à participação de profissionais de enfermagem durante o processo de morte e ortotanásia.

2. Da fundamentação e análise

A profissão de Enfermagem no Brasil é relativamente nova se comparada a outras profissões regulamentadas; no entanto, hoje temos como principais normas regulamentadoras da categoria a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/1986, seu Decreto regulamentador 94.406/1987, a Resolução Cofen nº 564/2017 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), além da Lei nº 5.905/1973, Resoluções e Pareceres Federais e Estaduais.

Desta forma, há uma base sólida para a prestação da assistência de enfermagem de forma segura, eficiente e ética, no intuito de salvar vidas e evitar a morte, o que nem sempre é possível, e assim, mesmo durante o processo morte e após a ocorrência deste, as condutas da equipe devem ser direcionadas por elevados padrões éticos e legais com a perspectiva de se proporcionar o maior conforto possível aos assistidos de modo geral.

Muito embora o ser humano seja capaz de reconhecer a morte como um elemento certo e natural da vida biológica, o desejo de viver, acalentado pela fé e muito presente na cultura ocidental, tem tornado nossa forma de ver e de lidar com a terminalidade de vida um grande desafio por se tratar de uma realidade complexa (MARQUES *et al.*, 2013).





Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Tal fato é tão complexo que o Conselho Federal de Enfermagem introduziu no CEPE, em seu Artigo 48, o dever de “Prestar assistência de enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto”, e no Parágrafo único, “Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitando a vontade da pessoa ou de seu representante legal”.

Da mesma forma, proíbe no Artigo 74 do mesmo Código, a promoção ou participação do profissional em prática destinada a antecipar a morte da pessoa, pois tal atitude seria contrária ao propósito e missão da profissão¹ (COFEN, 2017).

Neste sentido, é necessário se estabelecer a distinção entre as figuras da eutanásia, distanásia e ortotanásia, tão presentes ultimamente em questões que abordam conflitos e dilemas éticos da categoria.

A eutanásia se caracteriza por uma conduta para promoção da morte mais cedo do que se espera, seja ela por motivo de compaixão, tendo em vista a incurabilidade de uma patologia, ou mesmo ante o sofrimento insuportável pelo qual a pessoa passa (FRANÇA, 2019), assim, é o processo de morte do paciente com doença incurável e sem possibilidade de vida digna, que ocorre por intervenção de terceiro, aliviando um sofrimento insuportável. Sá (2015, p. 38), descreve a eutanásia:

¹ CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em 18 jan. 2023. [...] PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS. A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade.

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

[...] O termo eutanásia foi criado no século XVII, pelo filósofo inglês Francis Bacon e deriva do grego eu (boa), thanatos (morte), podendo ser traduzido como “boa morte”, “morte apropriada”, morte piedosa, morte benéfica, fácil, crime caritativo, ou simplesmente direito de matar [...]

Por certo que o cenário de morte e de pacientes terminais é o que enseja um maior número de conflitos neste contexto ético, uma vez que se levam em conta princípios antagônicos (preservação da vida e alívio do sofrimento), mesmo porque os defensores da eutanásia fundamentam sua validação com os argumentos da incurabilidade, sofrimento insuportável e inutilidade (FRANÇA, 2019)², questões estas que por si não podem efetivar a prática, uma vez que no Brasil, a eutanásia ainda é tida como crime. Neste sentido:

[...]

É de entendimento geral na doutrina que quem pratica a eutanásia deve ter a pena submetida ao art. 121 do Código Penal Brasileiro. Tal percepção leva a prática a ser compreendida como homicídio. Contudo, deve-se levar em consideração o §1º do citado dispositivo legal, que diz respeito ao que se conveniu chamar de homicídio privilegiado. É preciso que o aplicador da lei considere o palpável sentimento de compaixão – ou seja, o relevante valor moral descrito no tipo penal – que, teoricamente, deve existir na prática da eutanásia, como ensina Jesus (2001, p. 10) ao dizer que “a eutanásia é disciplinada como causa de diminuição de pena, dado o sujeito agir por compaixão, a pedido da vítima, imputável e maior, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave” (PORTO, FERREIRA, 2017).

² FRANÇA, GENIVAL VELOSO DE. Direito Médico. 15 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019, p. 568 [...] A incurabilidade é um prognóstico, uma presunção, uma conjectura. Por isso é ela duvidosa. Mesmo o diagnóstico, para o qual tantos são os recursos da técnica e da ciência, não apresenta, mesmo assim, um estágio de rigorosa exatidão. Somem-se a isto as disponibilidades terapêuticas e diagnósticas de cada lugar e a capacidade técnica e intelectual de cada médico. Dessa forma, a incurabilidade ainda se coloca de forma duvidosa, pois há enfermidades que numa época eram incuráveis e logo imediatamente não foram mais. O sofrimento, por mais que ele comova, não pode constituir um meio seguro ou num termômetro para medir-se a gravidade de um mal, nem tampouco autoriza a decidir-se sobre questões da vida ou da morte: não pode servir como recurso definitivo para aferir tão delicada questão. A verdade é que a civilização de consumo começa a modificar a experiência da dor, esvaziando do indivíduo suas reações pessoais e transformando essa dor num problema de ordem técnica [...] A dor começa a perder seu sentido na linguagem comum e a se fortalecer como termo técnico. Desde o momento em que ela se tornou coisa manipulável, passando a ser matéria de superproteção, a sociedade aceitou tal procedimento e rendeu-se a ele, numa forma de solução aparentemente fácil para resolver seus fracassos. O argumento de alguém ser inútil pelo fato de apresentar-se com uma doença incurável é inoportuno e desumano, pois é inadmissível rotular assim quem viveu, amou e contribuiu, e que agora não reunindo mais condições físicas ou psíquicas venha merecer tal consideração.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

A distanásia configura-se no tratamento insistente, desnecessário e por vezes prolongado de um paciente terminal, que não apenas é insanável, mas também submetido a tratamento fútil (FRANÇA, 2019). Designada também como obstinação terapêutica ou futilidade médica, determina que tudo deve ser feito ao paciente mesmo que lhe cause sofrimento atroz. Isso porque a distanásia é morte lenta e com muito sofrimento. Trata-se do prolongamento exagerado do processo morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte (DINIZ, 2006). Assim, no que diz respeito à distanásia:

[...]

Quando se utiliza o “tratamento fútil”, não se está dizendo que o paciente deva ser abandonado. Propõe-se neste estágio de morte declarada, quando apenas existe a sustentação de uma vida vegetativa por meios artificiais dispensáveis e supérfluos. Dessa forma, a morte ocorrerá “no seu tempo”.

Nessas questões, existe uma interminável polêmica: deve prevalecer a sacralidade ou a qualidade da vida? A primeira representa aquilo que a vida humana tem na dimensão que exige a dignidade de cada homem e de cada mulher. E a qualidade de vida representa o conjunto de habilidades físicas e psíquicas que facultam ao ser humano viver razoavelmente bem.

Rachels faz uma distinção entre “estar vivo” e “ter vida”, ou seja, entre a vida no sentido biológico e a vida no seu aspecto biográfico. Com isso, ele quer individualizar um tipo de seres humanos que, mesmo estando vivos, não têm vida [...] (FRANÇA, 2019).

A ortotanásia pode se configurar na suspensão de meios medicamentosos ou mesmo artificiais de manutenção da vida de uma pessoa em coma irreversível, por exemplo, com o sentido de morte no seu tempo, sem abreviação nem prolongamentos abusivos e desproporcionados do processo de morrer. Tem por objeto o direito de morrer dignamente (BETIOLI, 2015). Etimologicamente, o termo ortotanásia significa “morte correta, orto: certo, thanatos: morte, ou seja, o não prolongamento artificial do processo de morte, além do que seria o processo natural, feito pelo médico” (BORGES, 2001, p. 287).

O critério decisivo para se dizer que alguém está morto é o cérebro, ou seja, no caso de “morte encefálica” quando existe o grave comprometimento da coordenação da vida vegetativa, de vida relacional, de parada total e irreversível das





Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

funções encefálicas e o indivíduo/paciente é considerado morto clinicamente (BETIOLI, 2015). Neste raciocínio, discorre-se que:

[...]

A suspensão dos meios artificiais de um paciente insanável e em estado de vida vegetativa é a situação que tem merecido maior compreensão da sociedade. Assim, diante de uma morte inevitável, cercada de muito sofrimento e diagnosticada pelos critérios rigorosos da “morte encefálica”. Nem se pode dizer que existe eutanásia, pois este indivíduo já está morto pelo conceito atual que se tem de óbito. Não se pode considerar tal ocorrência como uma forma de matar porque, neste tipo de suspensão dos meios mecânicos de suporte de vida, diz Mackie [...] o médico não deu início ao curso dos eventos que levará o paciente à morte. Segre vai mais longe quando afirma: “Vê-se que já não se trata de autorizar, ou de proibir a prática da eutanásia, mas apenas de definir se o paciente está vivo ou morto [...]” (FRANÇA, 2019).

Assim, como salvaguarda, há a Resolução CFM nº 2.173/2017, a qual define os critérios do diagnóstico de morte encefálica, uma vez que é vedado ao médico empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas³. Portanto, tem-se a seguinte determinação:

[...]

Art. 1º Os procedimentos para determinação de morte encefálica (ME) devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supra espinhal e apneia persistente, e que atendam a todos os seguintes pré-requisitos:

- a) presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar morte encefálica;
- b) ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica;
- c) tratamento e observação em hospital pelo período mínimo de seis horas.

Quando a causa primária do quadro for encefalopatia hipóxico-isquêmica,

³ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica – Res. (1931/2009) – Capítulo V – Relação com pacientes e familiares. **É vedado ao médico:** Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

esse período de tratamento e observação deverá ser de, no mínimo, 24 horas;

d) temperatura corporal (esofagiana, vesical ou retal) superior a 35°C, saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg ou pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg para adultos, ou conforme a tabela a seguir para menores de 16 anos

[...]

Art. 2º É obrigatória a realização mínima dos seguintes procedimentos para determinação da morte encefálica:

- a) dois exames clínicos que confirmem coma não perceptivo e ausência de função do tronco encefálico;
- b) teste de apneia que confirme ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios;
- c) exame complementar que comprove ausência de atividade encefálica.

Art. 3º O exame clínico deve demonstrar de forma inequívoca a existência das seguintes condições:

- a) coma não perceptivo;
- b) ausência de reatividade supra espinhal manifestada pela ausência dos reflexos fotomotor, córneo-palpebral, oculocefálico, vestibulo-calórico e de tosse

[...]

Art. 7º As conclusões do exame clínico e o resultado do exame complementar deverão ser registrados pelos médicos examinadores no Termo de Declaração de Morte Encefálica (Anexo II) e no prontuário do paciente ao final de cada etapa

[...]

Art. 9º Os médicos que determinaram o diagnóstico de ME ou médicos assistentes ou seus substitutos deverão preencher a DECLARAÇÃO DE ÓBITO definindo como data e hora da morte aquela que corresponde ao momento da conclusão do procedimento para determinação da ME.

Parágrafo único. Nos casos de morte por causas externas a DECLARAÇÃO DE ÓBITO será de responsabilidade do médico legista, que deverá receber o relatório de encaminhamento médico e uma cópia do TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA [...] (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

O Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução CFM nº 1.805/2006, baseada no Art. 1º, inciso III da Constituição Federal, que tem o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, gerando a concepção que lhe possibilitou resolver que, na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Hoje, existe ainda a figura do Testamento Vital (Living Will) ou declaração de vontade antecipada ou diretriz antecipada de vontade, o qual é um documento previamente produzido por uma pessoa maior de idade e plenamente capaz na concepção da lei, tendo por objetivo considerar aquilo que está expresso por sua vontade, quando diante de uma doença grave e incurável ou se não estiver mais em condições de manifestar sua vontade. O objetivo da questão é autorizar a não utilização de tratamento fútil ou condutas desnecessárias, e com isso assegurar-lhe, no seu entender, uma “morte digna” (FRANÇA, 2019).

O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM 1.995/2012, define Diretivas Antecipadas de Vontade:

[...]

Art. 1º Definir 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.

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.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

§ 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 [...] (CFM, 2012).

Há de se observar que a Resolução Cofen nº 564/2017 traz em seu Artigo 42 o dever do profissional de enfermagem em “Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais”, além de no Parágrafo único, “Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades”.

Segundo Moritz *et al.* (2008):

“um paciente é considerado em condição terminal quando sua doença, independentemente das medidas terapêuticas adotadas, evoluirá de forma inexorável para a morte. A irreversibilidade da doença é definida de forma consensual pela equipe médica, baseada em dados objetivos e subjetivos. Estabelecido este diagnóstico, os cuidados paliativos constituem o objetivo principal da assistência ao paciente”.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, "Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais".



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Corroborando na promoção do bem-estar da pessoa em processo de morrer, os alicerces de sustentação das ações profissionais estão ancorados nos quatro princípios bioéticos do modelo principialista: a autonomia, a justiça, a beneficência e a não maleficência, devendo ser norte para as práticas, reflexões e atitudes profissionais (FREITAS *et al.*, 2005).

O prolongamento da vida do paciente envolve situações muito complexas, mas o limite para investir deve ser definido pela concepção de morte digna, aliada à plena consciência da limitação das intervenções. A solução mais correta para cada situação está diretamente ligada à dignidade da pessoa que sofre o inevitável processo da morte, respeitando suas decisões ou de seus familiares nas situações previstas em lei.

3. Da conclusão

Diante do exposto e em virtude do questionamento realizado, entende-se que a tomada de decisão pela ortotanásia deve levar em conta diversos critérios, dentre eles, o desejo do paciente e a sua dignidade enquanto pessoa, a gravidade da doença, bem como seu prognóstico nosológico e a plena consciência da limitação das intervenções.

Os profissionais de enfermagem como membros da equipe de saúde devem participar das discussões sobre os limites para intervenção no processo inevitável de morte, respeitando a decisão do paciente ou de seus familiares, bem como cumprindo determinação legal.

A participação dos profissionais de enfermagem na ortotanásia é uma decisão de foro íntimo e de natureza facultativa.

O papel da enfermagem nos cuidados assistenciais na terminalidade tem como objetivo garantir a dignidade da pessoa, além de atender as necessidades individuais e familiares, respeitando os limites éticos e legais, e em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitando a vontade da pessoa ou de seu representante legal.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Cabe ainda aos profissionais de enfermagem durante o processo de terminalidade de vida, aplicar uma abordagem acolhedora com escuta qualificada e inclusiva aos pacientes e familiares.

Ressalta-se também que os procedimentos de enfermagem devem sempre ter respaldo em fundamentação científica, além de serem realizados mediante a elaboração efetiva da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem, previsto na Resolução Cofen nº 358/2009.

É o parecer.

Referências

BETIOLI, A. B. **Bioética, a ética da vida**. 2ª. ed. São Paulo: LTr, 2015.

BORGES, R.C.B. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. In: SANTOS, M.C.C.L. **Biodireito: ciência da vida, os novos desafios**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2001. p.283-305.

BRASIL. Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13.7.1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5905.htm. Acesso em 18 jan. 2023.

_____. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em 18 jan. 2023.

_____. Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências**. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, 21 set. 2009.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm.
Acesso em 18 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 18 jan. 2023.

_____. Resolução Cofen nº 564/2017. **Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em 18 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.173/2017. **Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica.** Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>. Acesso em 19 jan. 2023.

_____. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. **CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.** Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em 19 jan. 2023.

_____. Resolução CFM nº 1.805/2006. **Limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente.** Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em 19 jan. 2023.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

_____. Resolução CFM nº 1.995/2012. **Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade dos pacientes.** Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em 19 jan. 2023.

DINIZ, M. H. D. **O estado atual do Biodireito.** 3ª Edição, São Paulo: Ed. Saraiva, 2006.

FRANÇA, G. V. de. **Direito Médico.** 15 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

FREITAS, G. F. de *et al.* Direitos do paciente com base nos princípios da bioética principialista. **Rev Paul Enfermagem**, v.24, n. 4, p. 28-32, out./dez. 2005. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001530028>. Acesso em 20 jan. 2023.

MARQUES, C. D. C. *et al.* Significados atribuídos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica ao processo de morte e morrer. **Rev. Min. Enferm.** vol.17 nº. 4 Belo Horizonte Out./Dez 2013. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130060>. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/889>. Acesso em 18 jan. 2023.

MORITZ, R. D. *et al.* Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, vol.20, nº 4, out./dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400016>. Acesso em 19 jan. 2023.

OGUISSO, Taka (organizadora). **Trajetória histórica e legal da enfermagem.** 2ª. Ed. Revista e ampliada. São Paulo: Manole, 2007.

PORTO, C. S.; FERREIRA, C. L. Eutanásia no Direito Penal: os aspectos jurídicos do homicídio piedoso. **Interfaces Científicas - Direito** • Aracaju • V.5 • N.2 • p. 63 - 72 • Fev. 2017. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bli_bol_2006/IF-dir_v.05_n.02.06.pdf. Acesso em 19 jan. 2023.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

SÁ, M. de F. F. **Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido**. 2ª. Ed. Belo Horizonte: Ed. Del Rey, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2.ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>. Acesso em 19 jan. 2023.

São Paulo, 26 de janeiro de 2023.

Câmara Técnica

(Aprovado na reunião de Câmara Técnica em 26 de janeiro de 2023)

(Homologado na 1251ª Reunião Ordinária Plenária em 17 de fevereiro de 2023)