

Considerações ético-legais sobre a sedação paliativa: a discussão que a pandemia trouxe à tona no norte do Brasil

Ethical and legal considerations for palliative sedation: the debate sparked by the pandemic in northern Brazil

Consideraciones ético-legales sobre la sedación paliativa: la discusión que la pandemia trajo a la luz en el norte de Brasil

Maria Elisa Villas-Bôas¹

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0003-1658-2685>

 mariaelisavb@gmail.com

Submissão em: 12/07/22

Aprovação em: 22/05/23

Resumo

Objetivo: analisar o cabimento ético-legal da sedação paliativa, distinguindo-a de condutas que possam ser consideradas eutanásicas e, portanto, penalmente vedadas pelo ordenamento jurídico pátrio e tradicionalmente rechaçadas pelos Códigos de Ética profissionais. **Metodologia:** mediante pesquisa exploratória bibliográfica, a partir de obras doutrinárias especializadas no tema dos conceitos associados a fim de vida e da disciplina normativa vigente, o estudo buscou cotejar o uso da sedação paliativa com outras condutas e situações relacionadas a terminalidade e morte, de sorte a procurar identificar com maior clareza a qualificação ética e jurídica da prática, sua relevância e licitude no campo dos cuidados paliativos. **Resultados:** verificou-se que, em meio à crise pandêmica, situações de mistanásia por carência de recursos nas unidades de saúde do estado do Amazonas levaram a uma indevida confusão na compreensão social entre sedação paliativa e eutanásia, impondo-se a necessidade de esclarecer os conceitos e limites entre as condutas. **Conclusão:** constatou-se a possibilidade jurídica de sedação paliativa como conduta ética e legal, desde que exercida dentro das exigências da boa prática clínica, sem intenção de deliberado encurtamento vital.

Palavras-chave

Sedação Profunda. Cuidados Paliativos. COVID-19. Bioética. Princípio do Duplo Efeito.

Abstract

Objective: to examine the ethical-legal significance of palliative sedation and to distinguish it from acts that can be described as euthanasia and are therefore prohibited by law in the national legal system and generally rejected by professional ethical Codes. **Methods:** an exploratory literature review based on textbooks on end-of-life concepts and current normative discipline was conducted to further determine the ethical and legal qualifications of the practice, its relevance and legality in the field of palliative care. **Results:** The findings revealed that, during the pandemic crisis, misthanasia due to lack of resources in health facilities in the state of Amazonas has led to an undue confusion in social understanding of palliative sedation and euthanasia, so that clarification of the concepts and boundaries between conducts is necessary. **Conclusion:** the legality of palliative sedation has been confirmed as an ethical and legal behavior, provided it is used within the parameters of good clinical practice and without the intention of deliberately shortening life.

Keywords

¹ Professora associada; doutora em Direito Público, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Resumen

Objetivo: evaluar las implicaciones éticas y legales de la sedación paliativa, diferenciándola de acciones que podrían ser consideradas eutanásicas y, por lo tanto, prohibidas por la ley nacional y tradicionalmente rechazadas por los Códigos de Ética profesional. **Metodología:** a través de una investigación bibliográfica exploratoria, basada en trabajos doctrinales especializados en el tema de los conceptos asociados al final de la vida y la disciplina normativa actual, el estudio buscó comparar el uso de la sedación paliativa con otras conductas y situaciones relacionadas con la terminalidad y la muerte, con el fin de buscar identificar más claramente la calificación ético-legal de la práctica, su pertinencia y legalidad en el campo de los cuidados paliativos. **Resultados:** durante la crisis pandémica, las situaciones de mistanasia en las unidades de salud del estado de Amazonas debido a la falta de recursos causaron una confusión indebida en el entendimiento social entre la sedación paliativa y la eutanasia, imponiendo la necesidad de esclarecer los conceptos y límites entre conductas. **Conclusión:** la sedación paliativa es legal y ética si se realiza dentro de las normas de la buena práctica clínica y sin la intención de reducir deliberadamente la vida.

Palabras clave

Sedación Profunda. Cuidados Paliativos. COVID-19. Bioética. Principio del Doble Efecto.

When it is not possible to save a life,
I have learned and have begun to teach how to “save a death”.

J. E. Nelson (1)

Introdução

A pandemia de COVID-19, as angústias do morrer e os cuidados paliativos

No último biênio, o país e o mundo têm convivido com o maior desafio sanitário agudo em mais de um século, de extensão e repercussões econômicas e políticas de capilaridade planetária. A enfermidade respiratória, batizada de COVID-19 pelo ano de sua identificação e causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, estendeu-se por todo o globo em questão de semanas, deixando a nu os efeitos menos louváveis da globalização e um rastro de mais de seis milhões de mortes até então, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2).

A crise pandêmica tem evocado uma multiplicidade de reflexões bioéticas desde seu início (3, 4). A questão da alocação de recursos em saúde e dos critérios de gestão da escassez ganharam destaque mundial, sobretudo com a situação da Itália, em março de 2020, em relação ao crescente número de idosos acometidos de forma grave e à instituição de limitações de índole etária no acesso aos leitos de cuidados intensivos (5, 6). Atualmente, o princípio da justiça volta a lume no desenho das políticas públicas relativas à ordem vacinal. As próprias vacinas e tratamentos também foram objeto de considerações éticas, no tocante à eficácia, segurança e pesquisa – preocupação assaz frequente na história da Bioética – e ao uso de medicações *off label* (7).

Todos esses aspectos evidenciam, afinal, o incremento das angústias relacionadas ao morrer que a pandemia motivou em larga escala. O temor pelos entes queridos mais vulneráveis de se tornar veículo para sua contaminação, a sobrecarga psíquica e social do isolamento e a exaustão física para os profissionais de saúde, o medo da falta de assistência ou, em havendo, da morte solitária, os protocolos de sepultamento sem a vivência dos rituais de despedida e luto e a preocupação com o *direito de dizer adeus*, entre outros (7, 8), têm sido desafios extras no lidar diuturno com a coronavirose pandêmica.

Nessa senda, os cuidados paliativos – aqueles que não têm intuito curativo à enfermidade de base, mas, antes, voltam-se ao abrandamento e controle dos sintomas, desconfortos e sofrimentos físicos e psíquicos do paciente e seu entorno (9, 10) – ganham dimensão fulcral e aspectos de discussão próprios. Na dicção que já completa vinte anos da Organização Mundial de Saúde (11), os cuidados paliativos:

consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, abordando os problemas associados às doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento através da identificação precoce e avaliação minuciosa da dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Uma década depois, na Carta de Praga, em que reconhecidos como direito humano, reitera-se que “os benefícios dos cuidados paliativos não se limitam aos cuidados em fim de vida, já que uma intervenção precoce na trajetória da doença proporciona uma melhoria na qualidade de vida e redução da necessidade de tratamentos caros e agressivos” (12). Mais recentemente, em nosso meio, a Resolução nº 355, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) (13), em outubro de 2022, conceituou os cuidados paliativos, entre outros aspectos, como “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes (adultos ou crianças) e seus familiares, quando enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento”, destacando sua continuidade mesmo no processo de luto, bem assim para pacientes em regime ambulatorial, em domicílio ou internados. Divide-os em “Cuidado Paliativo geral (...), oferecido por qualquer profissional capacitado que cuide de pacientes graves, concomitante ou não ao Cuidado Paliativo especializado, o qual é oferecido por especialistas na área” (13), o que assinala seu caráter adjuvante, e não somente residual.

Não raro, observa-se a tendência leiga a que os cuidados paliativos sejam vistos pejorativamente ou como apenas residuais, aplicáveis quando todas as perspectivas houverem falhado. Olvida-se que, embora não seja seu objetivo precípuo – o qual se volta, de modo não menos relevante, para a qualidade e não necessariamente a quantidade de vida –, os cuidados paliativos adjuvantes precoces, em quadros crônicos ou que ameaçam a vida, ou mesmo exclusivos na terminalidade (ditos, então, cuidados de fim de vida, espécie do gênero mais amplo dos cuidados paliativos), podem, por vezes, ampliar a sobrevida (9, 10) e, certamente, melhorá-la ou torná-la *menos pior*. Também costumam favorecer as adesões terapêuticas e reduzir índices de depressão, mostrando-se, sim, e de todo modo, como algo muito necessário a ser feito.

A ideia de paliar, amenizar os sofrimentos, acompanha ou deve acompanhar toda a práxis sanitária, inclusive *pari passu* com as terapias de intenção curativa, de que se distingue quanto à finalidade primeira, fazendo parte da própria visão condigna, global e integrada do ser humano, como um todo biográfico e um fim mesmo, na dicção kantiana (14).

No caso da COVID-19, a questão dos cuidados paliativos assumiu duas vertentes iniciais nos debates (15, 16). Num primeiro momento, e dentro da visão tradicional pejorativa às terapias cuidadoras sem pretensão curativa, questionou-se a validade da preocupação com tais práticas no curso da crise sanitária de proporções globais, como se implicassem uma desistência do esforço de recuperação, um cuidado de relevância menor ou um dispêndio supérfluo de recursos. Todavia, os cuidados paliativos podem ser o que de melhor existe a oferecer a pacientes em fase de terminalidade, independentemente da enfermidade que, tendo evoluído de modo incoercível, ensejou essa condição.

Em um segundo olhar, foram vistos como opção supletiva à escassez, presumindo-se que a falta de recursos sanitários para os casos de morte evitável pudesse ser por eles substituídos ou supridos. Ambas as abordagens se mostram reducionistas e inadequadas.

A atenção paliativa é de relevância central no tratamento humanizado, quer como coadjuvante no tratamento e parte do dever profissional de reduzir, apascentar o sofrimento evitável, quer como foco principal dos cuidados, quando a terapia curativa já não é viável. Nesse contexto, ambas as visões anteriormente referidas são suscetíveis de crítica, seja por minorarem sua relevância onde se mostram mais essenciais, seja por confundi-los com conceitos outros de final de vida, como a mistanásia ou a eutanásia, o que não lhes é o objetivo ou propósito. Tal confusão se observou com ainda maior intensidade no caso da sedação paliativa, e foi reiteradamente evocada em face da crise de desabastecimento de oxigênio no Amazonas, durante a segunda onda de casos de COVID-19, no início de 2021 (17, 18, 19), ensejando visões distorcidas acerca de seu escopo e realização.

Metodologia

O estudo foi motivado por notícias veiculadas pela imprensa leiga na época, em que observada a associação midiática da sedação paliativa com práticas de eutanásia, vedadas no ordenamento jurídico pátrio. O objetivo do trabalho foi, assim, analisar o cabimento ético-legal da sedação paliativa, suas possibilidades de uso lícito, distinguindo essa prática de condutas que possam ser consideradas eutanásicas e, portanto, penalmente vedadas pelo ordenamento jurídico pátrio e tradicionalmente rechaçadas pelos Códigos de Ética profissionais. Avaliou-se, ainda, se situações como as havidas em Manaus e em todo o estado do Amazonas, no norte do país, ante a falta de recursos básicos, notadamente o oxigênio, para tratar os pacientes críticos em virtude da Síndrome Respiratória Aguda Grave causada pelo COVID-19, poderiam comportar a sedação paliativa ou se seu uso, no combate a sintomas incoercíveis em pacientes tornados terminais pela situação de franca mistanásia não causada pelos profissionais, caracterizaria eutanásia.

Concluiu-se que a sedação paliativa, como parte dos cuidados paliativos, é prática ética e legal, com indicação técnica, quando ineficazes os demais recursos para conter sintomas graves e arresponsivos, não devendo ser adotada como política pública substitutiva dos recursos devidos, mas que pode ter sido deontologicamente cabível, se a intenção não foi deliberadamente antecipar a morte, mas amenizar o sofrimento, para o qual não se contava com os insumos necessários, e aplicada dentro da maior cautela possível. A conduta se ampararia, nesse caso, eticamente, pelo duplo efeito e pelo dever de cuidado, e legalmente, pela inexigibilidade de conduta diversa, pelo direito à contenção dos sintomas e palição do sofrimento, pela redução de danos em situação a que não se deu causa, e outros aspectos trabalhados no texto.

Quanto ao método adotado, procurou-se, mediante pesquisa exploratória, cotejar o uso da sedação paliativa com outras condutas e situações relacionadas à terminalidade e morte, a partir de levantamento bibliográfico em obras especializadas, notadamente livros e artigos dedicados aos conceitos associados ao fim de vida, desde o início do século XXI, quando esses estudos ganharam maior porte no país, até o período pandêmico. Também foi utilizada a pesquisa documental, inicialmente a partir de notícias que veiculavam o fato e davam análise jurídica não embasada, e, especialmente, examinando a disciplina normativa vigente, em documentos legislativos e resoluções deontológicas que versam sobre os temas, de sorte a buscar identificar com maior clareza a qualificação ética e jurídica da prática, sua relevância e licitude, no campo dos cuidados paliativos.

O levantamento objetivou esclarecer, ainda, os seguintes principais conceitos teóricos envolvidos: sedação paliativa, eutanásia, mistanásia, ortotanásia, distanásia e duplo efeito, além de outros correlatamente relacionados ao caso concreto, ou preferidos por parte da doutrina, como cacotanásia e kalotanásia. A partir dessa pesquisa bibliográfica e documental, buscaram-se evidenciar os critérios de utilização da sedação paliativa, em sua origem legítima, lícita e ética, distinta do intuito de eutanásia, conforme se passa a detalhar.

A sedação paliativa e as dúvidas conceituais: eutanásia, distanásia, mistanásia, cacotanásia e ortotanásia

A tríade conceitual mais classicamente discutida pelos estudiosos de final de vida envolve, de praxe, as dúvidas acerca dos limiares entre a eutanásia, a ortotanásia e a distanásia (13, 20). Contudo, a distanásia² (21), embora de fato mais frequente nos dias atuais que a temida eutanásia³ (22), requer a oportunidade de acesso a recursos médicos, técnicos, farmacológicos, que passam ao largo das situações de carência material.

Nos casos de escassez, a discussão que se erige é a da alocação de recursos (23), com o desígnio de evitar a mistanásia, mais assídua e invisível que ambas, consistente na morte miserável, precoce e injusta, geralmente de vertente social. Sua denominação é oriunda, para alguns, de *mis*, infeliz; para outros, de *mys*, rato. Na dicção de Pessini e Barchifontaine, a *morte de rato no esgoto* (22, 24) – ou do ser humano em sofrimento evitável, decorrente da ausência dos meios e recursos necessários e indicáveis na circunstância, razão pela qual também denominada, por vezes, eutanásia social, eis que muitas vezes associada a lacunas de ordem econômica ou conseqüentes de escolhas governamentais na gestão da sociedade. A recente Resolução nº 355 do CREMESP (13) define a mistanásia, de forma mais restrita, como a *morte por abandono*, que ocorre quando “o paciente em fase final de evolução de doença incurável não recebe os cuidados mínimos para seu conforto e dignidade, mesmo admitido a uma instituição com recursos e infraestrutura adequadas”.

Conceito menos usado no país, mas também pertinente à análise, é o de cacotanásia (25, 26, 27), palavra derivada do grego *kakós* (mau, ruim), que traz aspectos de dois dos signos anteriores, no sentido da morte cercada de dor, angústia e sofrimento, seja pelo modo como ocorre, como nos excessos indevidos, ou, mais comumente, pela falta de recursos terapêuticos indicados. Nesse último caso, mostra-se como um desfecho prematuro, previsível e originalmente desnecessário e evitável, como a mistanásia.

Em qualquer das quatro situações, o ideal oposto seria a promoção da *ortotanásia* – ou, como preferem alguns (28), da *kalotanásia*, de *kalós*, boa, bela –, da boa prática, do acompanhamento comedido e consciente do morrer ao seu tempo e no melhor contexto humano e natural que a doença permitir. Para viabilizá-la, não raro se verificam a renúncia, omissão ou suspensão a terapêuticas reputadas fúteis e desproporcionais, em relação ao que têm a oferecer ao enfermo, em seus momentos finais (20, 29), ou seja, existe a abstenção de recursos que não se mostrem indicados ao bem do paciente, ainda que disponíveis e não escassos na situação. A ortotanásia não é resposta direta à escassez, nem existe por causa dela, pois demanda inclusive insumos próprios, como os cuidados paliativos e seus recursos, parceiros frequentes na ideia de ortotanásia.

² No sentido da futilidade terapêutica que enseje lentificação e escarificação do processo de morte irreversível, às custas de sofrimento do enfermo e comprometendo o benefício, a eficácia e a onerosidade proporcional.

³ No contexto da antecipação da morte e circunstanciada pela compaixão para com o ser que morre.

Nessa trilha se inclui a sedação paliativa, já denominada de profunda, terminal ou contínua, correspondente à utilização de fármacos que reduzem o nível de consciência, mediante consentimento do paciente ou de seu responsável, se já não puder aquele consentir, visando ao alívio de sofrimento intolerável e desproporcional provocado por sintomas refratários – não responsivos a outras medidas de combate –, podendo ocorrer em fase final de quadros avançados, progressivos e irreversíveis (30, 31). A sedação pode ser indicada também de forma temporária, intermitente ou *respite sedation* (32), no combate a sintomas refratários transitórios, de ordem física ou psicoexistencial, como dor, dispneia, *delirium*, vômitos incoercíveis, agitação ou ansiedade extremas (33, 34). No caso de sintomas psicoexistenciais em fim de vida (35), observa-se maior controvérsia quanto à indicação, questionando-se sua proporcionalidade (32).

As medicações mais utilizadas na sedação paliativa, segundo estudos revisionais e de manuais específicos sobre a prática, inclusive de origem pátria (36), são benzodiazepínicos (midazolam), neurolépticos/antipsicóticos (clorpromazina), em combinação ou não com opioides (33, 34), como a morfina, cujo mecanismo de ação, além de analgésico, ao bloquear receptores neuromusculares, reduz a frequência respiratória, atuando também de forma sedativa e ansiolítica, por suas repercussões nos centros bulbares. Essa ação reduz o esforço pulmonar, mas também pode implicar certo grau de depressão respiratória, pela menor ânsia de resposta à hipercapnia.

Veja-se que o procedimento, mesmo quando utilizado na fase terminal, não tem o objetivo de encurtar o tempo de vida ou provocar a morte, como se verifica na eutanásia direta (32, 34). O rebaixamento da consciência também deve ser o menor possível, a fim de viabilizar, tanto quanto cabível, a manutenção da autonomia do indivíduo. Sua realização deve ser precedida de consentimento livre e esclarecido, sendo indicada como parte do direito do paciente em ter suas dores e angústias minoradas, somente se justificando o recurso à redução de consciência se de outro modo não logram ser mitigadas, pelo caráter intratável ou refratário do quadro (33, 37).

Sob o ponto de vista moral, pontue-se que se trata de medida admitida, inclusive, na recente Carta papal, *Samaritanus bonus* (38), oriunda da Igreja Católica, firme opositora da antecipação da morte mediante eutanásia ou suicídio assistido. O documento papal reconhece a possibilidade da sedação paliativa, mesmo para menores, em sofrimento irrefreável, desde que – e por definição o é – afastada a intenção direta de causar a morte (38). É de se assinalar que a mesma Igreja já se manifestara, desde 1957, pelo então Papa Pio XII, em seu discurso sobre a anestesia, no sentido do reconhecimento da licitude do chamado *duplo efeito*, quando a morte advém como decorrência secundária e indesejada de medida necessária e comedida para amenizar o sofrimento (7).

De fato, a ideia da menor intervenção e do evidente intuito de não causalidade direta do óbito é da essência da sedação paliativa, mesmo na fase terminal (32). Como parte dos cuidados de ortotanásia, é presumível que a morte decorra do próprio quadro de base intratável, e não da conduta sedante, que, como dito, objetiva paliar os sintomas, sem abreviar a existência. Se tal encurtamento ocorre, de forma involuntária, está-se diante de denominado duplo efeito, que tampouco deve afastar seu caráter lícito, conforme se comentará a seguir.

Ademais, como referido, a sedação paliativa, embora usada como sinonímia frequente de terminal, além de não objetivar pôr termo à vida, também não necessariamente se destina a aguardar um óbito previsto – caso em que remete à ideia da palição exclusiva ou residual –, mas também pode ser indicada em casos não terminais (36), como recomendado, inclusive, em casos de tratamento de intenção curativa na presente coronavirose (39). Nesse caso, seu uso se dá de modo adjacente às demais

medidas terapêuticas, eis que comumente necessária a supressão da consciência em casos de intubação precoce, como se tem verificado em relação ao quadro pandêmico.

A sedação paliativa na pandemia e a disciplina ético-legal pertinente

A discussão sobre sedação paliativa eclodiu nas situações de escassez durante a segunda onda da pandemia de COVID-19 no estado do Amazonas, no início de 2021. Esse momento foi marcado pela grave falta de oxigênio na capital, Manaus, motivando óbitos quiçá evitáveis, em circunstância que poderiam caracterizar mistanásia ou cacotanásia – mortes fora e antes de seu tempo – devidas à indisponibilidade de recursos indicados e necessários para o tratamento ou conforto do enfermo.

É fato que a ausência de terapias benéficas, sejam elas curativas ou de cuidados paliativos adequados, pode implicar morte em sofrimento desnecessário e evitável. Nesse contexto, a sedação paliativa bem indicada e gerida, nos casos de sintomas não responsivos e ante a inexistência de outros tratamentos eficazes, configura não somente um impedimento à distanásia – uso fútil de recursos disponíveis, porém ineficazes para coibir os sintomas agônicos –, como também um combate à cacotanásia, em situação de franca mistanásia por carência de recursos. Sob o ponto de vista ético e legal, sua utilização, mesmo como terapêutica única e terminal, é lícita e moral, desde que não objetive a antecipação da morte, como meio em si de aplacar o sofrer.

Naturalmente, se existe opção mais eficaz, até com intuito de recuperação plausível, a sedação paliativa, enquanto medida terminal e exclusiva, não deveria precisar ser utilizada. A noção mesma de terminalidade – situação do paciente que, tratado ou não tratado, tenderá a evoluir breve e inevitavelmente para o óbito, em virtude de sua condição patológica inexorável – não se aplicaria originalmente aos indivíduos vítimas de mistanásia, uma morte antes e fora de seu tempo. São pessoas que, pelo estado da arte, talvez pudessem ser salvas, ao menos em análise estatística e prospectiva, se lhes fosse oportunizado o tratamento devido. Elas talvez não precisassem ter chegado ao ponto sem retorno da terminalidade.

Contudo, uma vez que não tratadas tempestiva ou adequadamente, pela falta de acesso aos recursos precisos ou indisponibilidade da terapêutica em concreto, podem evoluir para uma situação, antes talvez evitável, de terminalidade, de morte iminente e, nessas circunstâncias, incoercível. Tal situação pode implicar intenso sofrimento, pela insuficiência respiratória, resposta inflamatória generalizada e falência de múltiplos órgãos. Nesse caso, a sedação paliativa, mesmo como medida isolada, passa a caracterizar alternativa existente legítima, não com o fito de antecipar a morte precocemente em curso, mas de controlar a angústia multidimensional que a ladeia.

Constitucionalmente, a ponderação de valores em exame fala em favor da licitude da conduta, considerando a natureza principiológica dos direitos fundamentais, cuja aplicação se dá pela característica da cedência recíproca e da proporcionalidade, de sorte que se demanda o equilíbrio entre a sobrevida que se pode oferecer com o recurso e a compatibilização com outros cânones também salvaguardados na Constituição, como a dignidade da pessoa humana, a vedação à tortura e a tratamento desumano ou cruel, a inobrigatoriedade de agir ou deixar de agir, senão em virtude de lei (40).

Sob o ponto de vista penal, se a morte decorre do próprio quadro enfermo, e inexistia tratamento disponível, o fato de o paciente achar-se sedado não guarda correspondência com a teoria da causalidade (*conditio sine qua non*), necessária à penalização da conduta, por não ser condição sem a qual o desfecho letal ocorreria ou deixaria de ocorrer, ou a heterocolocação em risco, também

associada com a punibilidade. É dizer que a sedação não interferiu no resultado morte, atribuído à evolução natural da infecção, somente se podendo questionar, se tratamento cabível houvesse, porque deixou esse de ser utilizado.

Por definição, a conduta criminosa – penalmente contrária ao direito – deve ser: i) típica, ter sua vedação prevista em lei; ii) antijurídica, não se justificando em nenhum outro âmbito do ordenamento jurídico; e iii) culpável, o que abrange a capacidade do agente em reconhecer a gravidade da conduta, a consciência potencial da ilicitude e a exigibilidade de conduta diferente da adotada (41, 42, 43). No contexto em exame, a teoria penal permite vislumbrar circunstâncias que afastam, dentro dos requisitos ora referidos, a punibilidade de involuntária parada respiratória, no curso de sedação paliativa de combate à mistanásia, mesmo na hipótese de duplo efeito.

Nesse aspecto, assinalam-se, *verbi gratia*, o excludente de culpabilidade da inexigibilidade de conduta diversa ou a existência de causas supralegais de exclusão da ilicitude (29, 41, 44). Ainda, pela teoria da tipicidade conglobante, pode-se considerar não haver um incremento indevido, deliberado ou injustificável do risco, mas, ao revés, adotam-se todos os meios ao alcance para tornar a atuação o mais segura possível e reduzir o risco associado à conduta necessária, concernente à redução do sofrimento (29).

Analisado sob o prisma ético-legal, o duplo efeito pode ser cotejado com a ideia de iatrogenia, expressão associada muitas vezes com a ideia de erro excusável, de eventos adversos em geral, incluindo a visão mais popular e atécnica de erro médico como inexcusável, ou mesmo de efeitos previstos das condutas médicas, sem distinguir entre resultados positivos ou negativos (42, 44). A relação aqui se daria no sentido de um dano, ou evento negativo, decorrente de atuação médica necessária e praticada de forma perita, prudente e cuidadosa, não sujeita, portanto, à responsabilização civil, penal ou ética, salvo questões outras, como relacionadas à comunicação, motivação etc. O risco do dano em questão pode ser previsível ou cogitável, porém, não certo ou desejado inafastável sua prática, e o conseqüente risco do evento adverso inevitável, ante a necessidade do efeito positivo do ato. Sobre a visão iatrogênica nesse contexto, já se posicionou a jurisprudência pátria nos seguintes termos:

[...] 5. Para Irany Novah Moraes, a iatrogenia pode ocorrer no caso em que as lesões são previsíveis, mas curialmente não esperadas, decorrendo do risco natural existente em qualquer procedimento médico, situação que se ajusta à hipótese examinada nos autos. 6. A ocorrência de conseqüências pós-cirúrgicas, em decorrência de condições pessoais do autor ou da própria modalidade de cirurgia, indicadas em perícia judicial, sem que tenha havido a demonstração de negligência, imprudência ou imperícia pelo hospital, não configura a ocorrência de ilícito a ensejar danos morais. 7. Apelação conhecida e desprovida. (TJ-DF 20160110805152 DF 0022854-57.2016.8.07.0001, Relator: ALVARO CIARLINI, Data de Julgamento: 06/02/2019, 3ª TURMA CÍVEL, Data de Publicação: Publicado no DJE : 13/02/2019 . Pág.: 363/368).

Nessa linha, embora o julgado em questão tenha-se embasado na ausência denexo ou de *conditio sine qua non*, a doutrina permite identificar, com mais precisão, no caso do presente estudo, a justificativa finalista da ausência de *animus necandi* (intenção de matar) e dos elementos constitutivos da culpa (imprudência, imperícia e negligência), que também afastam a suspeita de ilicitude Para tanto, naturalmente, mister que efetivamente se adotem todos os cuidados possíveis no uso das substâncias sedantes (32), a ser exercida com a maior margem de segurança razoável e dentro dos riscos permitidos pelo ordenamento jurídico.

Há de se observar, ainda, a consonância com os ditames técnicos e éticos regentes da atuação profissional – teoria da tipicidade conglobante, de Zaffaroni –, de sorte a poder ser compreendida no bojo do chamado conflito de deveres (abrandar o sofrimento *versus* não arriscar a antecipação do óbito) e, assim, situada no âmbito dos atos juridicamente permitidos em face da situação terminal (29, 41, 43, 45), ainda que motivada pela mistanásia, não atribuível ao agente. Isso porque a terminalidade é também temporal e contextualmente vinculada: o que já foi um quadro intratável e final há meio século pode não o ser hoje, como também o que ainda hoje evolui de modo rapidamente fatal e irreversível em determinados locais, não o é em outros, com melhores condições terapêuticas e sociais. Em nosso ordenamento jurídico, a terminalidade não autoriza a eutanásia, mas indica a ortotanásia, nos termos das Resoluções nº 1.805/06 (46) e nº 2.217/18 (Código de Ética Médica) (47), entre outras do Conselho Federal de Medicina.

Isso não significa, por óbvio, que se deva compactuar resignadamente com o descaso social ou político que gera distorções mistanásicas, nem converter a sedação terminal em uma opção de política pública em casos evitáveis. É dizer, contudo, que não se pode punir o profissional que, num contexto alheio a seu alcance, veja-se diante de evolução terminal de um paciente originalmente tratável e busque condições de ortotanásia – de que pode fazer parte a sedação paliativa –, com todo o zelo, cuidado, responsabilidade e diligência possíveis, em combate a uma conjuntura de franca cacotanásia.

No caso em análise, faltariam ao médico recursos outros, necessários ao manejo do paciente (na hipótese ora examinada, o mais básico, é dizer: a oxigenoterapia, num quadro de insuficiência respiratória por complicações da coronavirose), somente lhe estando acessível a sedação como opção apta a amenizar o intenso desconforto. Tal medida, pelo princípio do duplo efeito, pode implicar risco colateral de antecipação da morte, eis que, por exemplo, no escopo de paliar a angústia respiratória e psíquica, a sedação também pode levar à redução do esforço orgânico de aporte e distribuição do oxigênio do ar – já que inviável o uso de ventilação mecânica, sem o insumo basal a ser insuflado, inclusive pelo rebaixamento profundo de consciência. Por outro lado, nessas circunstâncias, é plausível que a fadiga respiratória, agravada pelo comprometimento pulmonar da doença, também contribuiria para o desfecho letal, mesmo sem a sedação terminal.

Desse modo, embora a sedação paliativa, como conduta terminal residual – no sentido de palição exclusiva, pela futilidade ou ineficácia de outros tratamentos –, não fosse originalmente a alternativa de escolha em abstrato na espécie, nem deva, sob o ponto de vista ético ou político, configurar-se mera opção do gestor, em detrimento de recursos terapêuticos eficazes (6, 7), a inexorabilidade da escassez pode impingir ao profissional responsável pela microalocação de recursos (23, 48) a inexigibilidade de outra conduta.

Restar-lhe-ia, então, em concreto, apenas sedar a angústia física e psíquica, a despeito do risco do duplo efeito, da forma mais segura e organicamente menos gravosa que puder. Tal se aplica também, como visto, ao caso de pacientes não elegíveis à terapia intensiva, por critérios clínicos pessoais, como aqueles que já se acham em condição terminal por qualquer origem etiológica e, nessa senda, sem indicação de benefício com condutas mais invasivas (49), independentemente de critérios de alocação por escassez.

Para que se configure sedação paliativa, como conduta lícita no ordenamento vigente, técnica e ética, e não intuito eutanásico, mister se verificarem, como requisitos: i) a inexistência, no caso concreto, de alternativas terapêuticas disponíveis e mais indicadas; ii) a obtenção do consentimento livre e esclarecido do paciente, (em manifestação atual ou antecipada, nos termos da Resolução CFM

nº 1995/2012 (50) ou, na impossibilidade deste, de sua família ou responsáveis, cientes dos riscos inatos ao procedimento e ao estado do enfermo; iii) a intenção lenitiva, paliativa, e não diretamente letal da conduta, de sorte a situar a caracterização ético-jurídica de eventual óbito daí resultante no cabimento da evolução natural pelo próprio quadro de base, somado às circunstâncias pessoais do enfermo, ou, máxime, a involuntário efeito colateral dos fármacos devidos, em não desejado duplo efeito (33, 36).

A verificação dos indícios objetivos quanto à intenção e do atendimento dos demais requisitos se depreendem dos aspectos que circundam a conduta, devendo ser devidamente registrados em prontuário (37), como a avaliação clínica e descrição das circunstâncias adjacentes, de modo a que se possa constatar a inexigibilidade de conduta diversa e a não incidência na hipótese penal do homicídio privilegiado pela compaixão do agente, situação tipificada pelo sistema vigente. Tal aferição se evidencia, ainda, pela percepção dos cuidados gerais, pela adoção das doses mais seguras possíveis, aptas à promoção da sedação necessária, em combate à angústia e sofrimento respiratórios, sem causação pressuposta e imediata de um desfecho letal, bem assim pelo envidar de todos os esforços viáveis para a melhora da condição do paciente e busca ativa à consecução dos recursos indicados para o tratamento mais adequado à situação do enfermo.

Configura-se a sedação paliativa, nesses termos, e assim levada a efeito, medida de promoção ética e lícita da ortotanásia, sem intuito deliberadamente eutanásico e não ofensivo à disciplina jurídica pátria, mesmo em situações não ideais, motivadas em contingência de escassez, mistanásia e pandemia.

Considerações finais

Recentemente, o agravamento da necessidade de alocação e a escassez de recursos de saúde imprescindíveis ao combate dos gravames orgânicos da COVID-19, sobretudo na região norte do país, trouxeram à tona situações de mortalidade precoce e evitável, que remetem a condições de mistanásia e cacotanásia, compelindo ao uso de palição residual, ante a falta em concreto de opções terapêuticas de intuito curativo, mesmo que houvesse, em abstrato, indicação de outras medidas. A situação mais comentada esteve associada à falta de oxigênio medicinal, necessário à atenção mais básica do quadro pandêmico, face a seu comprometimento pulmonar de base, levando à discussão acerca de como lidar com a angústia respiratória resultante da síndrome viral, sem os insumos primários para isso.

Com isso, e ante abordagens massivas da mídia, erigiu-se a polêmica, que já vinha em pacificação desde a década de 90, acerca da licitude e eticidade do uso da sedação paliativa em pacientes vitimados pela coronavirose em Manaus e sem acesso à terapia ventilatória e oxigenoterapia. Questionou-se, então, se a utilização da sedação profunda, na hipótese, importa prática de eutanásia, e se os profissionais de saúde deveriam ser punidos por sua prescrição e adoção, como causadores supostos ou intencionais de mortes acaso havidas em seu curso.

Em que pese a intensa carga emocional após um ano de pandemia – e não se conhecendo, naturalmente, a profundidade de cada caso em que levantada a suspeita – entendeu-se pertinente breve revisão conceitual do tema, em cotejo com a disciplina ético-jurídica das condutas e abordagens em final de vida, a fim de esclarecer pontos nem sempre evidenciados pelas notícias e matérias jornalísticas, quer tocantes à área médica, quer à jurídica, nos âmbitos técnico e ético.

Em síntese, pontuou-se no presente escrito que a sedação paliativa profunda é indicada nos casos de sintomas refratários a outras terapêuticas mantenedoras da consciência, sendo utilizada quando somente a consequente supressão dessa se revela apta a aliviar sofrimento intenso e desproporcional,

seja de forma transitória e coadjuvante, seja como medida terminal exclusiva, em fase final de vida. Sua intenção, mesmo nesse caso, não é antecipar o óbito, devendo todos os cuidados ser tomados para evitar a causação direta e presumível de tal desfecho, embora possa ele advir como evento colateral involuntário da terapêutica necessária e indicada, a despeito das cautelas preventivas adotadas – o chamado duplo efeito.

A terminalidade, por seu turno, pode-se dar pela incoercibilidade da doença em abstrato (uma enfermidade em estágio tal para o qual inexista tratamento no *status artis*) ou em concreto (quando, embora exista tratamento indicado, este não se acha disponível para o paciente, como se verifica nas situações de escassez referidas). A terminalidade não autoriza a antecipação provocada da morte em nosso meio, mas isso tampouco deve significar a imposição da morte em agonia, se existem recursos paliativos que possam ser utilizados para amenizar o desconforto, caso em que se incluiria a sedação paliativa.

Para tanto, mister o registro meticoloso das condutas, com monitoramento atento às doses e efeitos, observância às cautelas recomendadas pela boa prática clínica, bem assim pelos ditames ético-profissionais, inclusive no âmbito da comunicação adequada (com a informação dos riscos e cautelas), e busca a todos os meios de obtenção e otimização do tratamento mais indicado, de modo a que se possa constatar a intenção não letal e situar a medida na esfera do juridicamente permitido e do exercício consciencioso e condigno dos cuidados paliativos, notadamente, quando única terapia remanescente, cabível ou disponível.

Associa-se, assim, à ortotanásia, como parte do acervo ética e juridicamente possível para acompanhamento paliativo e como medida de intenção apenas lenitiva, nos casos de angústia respiratória por SARS-CoV-2, inclusive se inexistentes recursos outros, capazes de evitar a morte agônica, em contexto de inescapável escassez. Nesse diapasão, a sedação paliativa tem *locus* técnico, ético e legal bem definido, não devendo ser confundida com os conceitos de eutanásia (eis que não tem, nem deve ter, o intuito direto de antecipar o fim) nem de distanásia (visto que não é recurso fútil ou sem efetividade ou valia para o enfermo terminal, nem tem o escopo de prolongar indevidamente o processo de morte em curso, tampouco aumenta sofrimento evitável no morrer), visando, sim, a combater situações dessa mesma distanásia, cacotanásia ou mistanásia.

Conflito de interesses

A autora declara que não há conflito de interesses.

Contribuição da autora

A autora contribuiu com a concepção, redação, revisão e aprovação da versão final do artigo.

Editores

Editora-chefe: Alves SMC

Editor assistente: Cunha JRA

Referências

1. Nelson JE. Saving lives and saving deaths. *Ann. Intern. Med.* 1999; 130:776-777. doi <https://doi.org/10.7326/0003-4819-130-9-199905040-00020>

2. World Health Organization (WHO). Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. [citado em 07 jul. 2022]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>

3. Nohama N, Silva JS, Simão-Silva DP. Desafios e conflitos bioéticos da covid-19: contexto de saúde

global. Rev. bioét. (Impr.). 2020; 28(4):585-94. doi <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284421>

4. Sanches MA, Cunha TR, Siqueira JE. Perspectivas bioéticas sobre tomada de decisão em tempos de pandemia. Rev. bioét. (Impr.). 2020; 28(3):410-7. doi <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283401>

5. Turin EB. Italians over 80 'will be left to die' as country overwhelmed by coronavirus. [citado em 10 abr. 2020]. Disponível em: <https://www.telegraph.co.uk/news/2020/03/14/italians-80-will-left-die-country-overwhelmed-coronavirus/>

6. Villas-Bôas ME. A população idosa e o ageism na atual pandemia: o desafio de uma abordagem humanista. In: Bahia, SJC; Martins, CEBR (Org.). Direitos e Deveres Fundamentais em Tempos de Coronavírus. v2. São Paulo: Ed. IASP; 2020. p. 347-368.

7. Villas-Bôas ME. O novo Coronavírus e o Judiciário: entre o Direito e a Medicina, na gestão sanitária emergencial. In: Bahia, SJC; Martins, CEBR (Org.). Direitos e Deveres Fundamentais em Tempos de Coronavírus. v3. São Paulo: Ed. IASP; 2020. p. 458-488.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020 [citado em 12 abr. 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>

9. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*. 2010; 363(8):733-42. doi <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678>

10. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO Guide. Geneva: WHO; 2018.

11. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO; 2002.

12. European Association for Palliative Care, International Association for Hospice and Palliative Care, Worldwide Palliative Care Alliance, Human Rights Watch. Carta de Praga. [citado em 09 nov. 2022]. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/CARTA%20DE%20PRAGA%20SOBRE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>

13. Brasil. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Resolução nº 355/2022. [citado em 09 nov. 2022]. Disponível em: [https://www.editoraroncarati.com.br/v2/Diario-Oficial/Diario-Oficial/RESOLUCAO-CREMESP-N%C2%BA-355-DE-23-10-](https://www.editoraroncarati.com.br/v2/Diario-Oficial/Diario-Oficial/RESOLUCAO-CREMESP-N%C2%BA-355-DE-23-10-2022.html#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20CREMESP%20N%C2%BA%20355%2C%20DE%2023.10.2022%20Estabelece%20diretrizes,pacientes%20que%20enfrentam%20a%20fase%20final%20da%20vida)

[2022.html#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20CREMESP%20N%C2%BA%20355%2C%20DE%2023.10.2022%20Estabelece%20diretrizes,pacientes%20que%20enfrentam%20a%20fase%20final%20da%20vida](https://www.editoraroncarati.com.br/v2/Diario-Oficial/Diario-Oficial/RESOLUCAO-CREMESP-N%C2%BA-355-DE-23-10-2022.html#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20CREMESP%20N%C2%BA%20355%2C%20DE%2023.10.2022%20Estabelece%20diretrizes,pacientes%20que%20enfrentam%20a%20fase%20final%20da%20vida)

14. Kant I. Fundamentação da Metafísica dos Costumes e Outros Escritos. São Paulo: Martins Claret; 2005.

15. Tritany EF, Filho BABS, Mendonça PEX. Fortalecer os Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19. *Interface (Botucatu)*. 2021 [citado em 02 fev. 2021]; 25(Supl. 1): e200397. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200397>

16. Florêncio RS, Cestari VR, Souza LC, Flor AC, Nogueira VP, Moreira TM, et al. Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições. *Acta Paul Enferm*. 2020 [citado em 02 fev. 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v33/1982-0194-ape-33-eAPE20200188.pdf> doi <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01886>

17. El País. Morrer sem oxigênio em Manaus, a tragédia que escancara a negligência política na pandemia [citado em 18 fev. 2021]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-15/morrer-sem-oxigenio-em-uma-maca-em-manaus-a-tragedia-que-escancara-a-negligencia-politica-na-pandemia.html>

18. Lima L. Caos na Pandemia: Sem oxigênio, pacientes morrem asfixiados em Manaus [citado em 18 fev. 2021]. Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/caos-na-pandemia-sem-oxigenio-pacientes-morrem-asfixiados-em-manaus/>

19. Braga A. Denúncia: eutanásia em pacientes quando acabou o oxigênio nos hospitais de Manaus [citado em 18 fev. 2021]. Disponível em: <https://d24am.com/artigos/alex-braga/denuncia-eutanasia-em-pacientes-quando-acabou-o-oxigenio-nos-hospitais-de-manaus/>

20. Villas-Bôas ME. A Ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro. *Revista Bioética*. 2008; 16:61-83.

21. Pessini L. Distanásia: Até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola; 2001.

22. Pessini L. Eutanásia: Por que abreviar a vida? São Paulo: Loyola; 2004.

23. Villas-Bôas ME. Justiça distributiva, critérios de alocação de recursos escassos em saúde e suas críticas. *Revista Redbioetica/UNESCO*. 2010; 1:73-84.

24. Pessini L, Barchinfontaine CP. *Problemas Atuais de Bioética*. 5ed. São Paulo: Loyola; 2000. 300p.

25. Cruz MR, Trindade ES. Bioética de Intervenção - uma proposta epistemológica e uma necessidade para sociedades com grupos sociais vulneráveis. *RBB. Revista Brasileira de Bioética*. 2006; 2:483-500. doi <https://doi.org/10.26512/rbb.v2i4.8175>

26. Berlinguer G. Bioética cotidiana. Brasília: UNB; 2004. p. 94-104.
27. Eich M, Verdi MIM, Martins PPS. Deliberação moral em sedação paliativa para uma equipe de cuidados paliativos oncológicos. *Rev. Bioét. (Impr.)*. Set.-dez. 2015; 23(3):583-592. doi <https://doi.org/10.1590/1983-80422015233095>
28. Fioriani CA. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. *Rev. Bioét. (Impr.)*. 2013; 21(3):397-404. doi <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300003>
29. Villas-Bôas ME. Da Eutanásia ao Prolongamento Artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida. Rio de Janeiro: Forense; 2005.
30. Distrito Federal. Protocolo de Atenção à Saúde: Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI. [citado em 24 fev. 2021]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/3.-Diretrizes-para-Cuidados-Paliativos.pdf>
31. D'Alessandro MPS, Pires CT, Fortes DN. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, Ministério da Saúde; 2020.
32. Martins O. Sedação Paliativa. [citado em 12 mar. 2021]. Disponível em: <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blob/180423191959.pdf>
33. Menezes MS, Figueiredo MGMCA. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos - Revisão. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2019; 69(1):72-77. doi <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.03.002>
34. Nogueira FL, Sakata RK. Palliative sedation of terminally ill patients. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2012; 62(4):586-592. doi <https://doi.org/10.1590/S0034-70942012000400012>
35. Miccinesi G, Caraceni A, Maltoni M. Palliative sedation: ethical aspects. *Minerva Anestesiol*. 2017; 83:1317-23. doi <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.17.12091-2>
36. Menezes RA, Lima CP. Sedação paliativa em fim de vida: debates em torno das prescrições médicas. *Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer*. Maio 2019 [citado em 08 mar 2021]; [S.l.], 3(6):405-420. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/9047/7777> doi <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2018.v3i6.405-420>
37. Moritz RD. Cuidados Paliativos em Ambientes Críticos. In: Moritz RD (org). *Conflitos Bioéticos do Viver e do Morrer*. Brasília: CFM; 2011. p. 101-112.
38. Congregação para a Doutrina da Fé. Carta Samaritanus bonus: Sobre o cuidado das pessoas nas fases críticas e terminais da vida, 2020. [citado em 24 fev. 2021]. Disponível em: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_po.html
39. Brasil. Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará. Cuidados Paliativos e a Pandemia de COVID-19. 2020 [citado em 08 mar. 2021]. Disponível em: <https://www.cremec.org.br/jornal/jornal140.pdf>
40. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [citado em 25 jun. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
41. Dotti RA. Curso de Direito Penal: Parte Geral. Rio de Janeiro: Forense; 2001.
42. Carvalho JCM. Responsabilidade Civil Médica. 3ed. Rio de Janeiro: Destaque; 2002. doi <https://doi.org/10.1590/2237-101X003005016>
43. Pierangeli JH. O Consentimento do Ofendido na Teoria do Delito. 3ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2001.
44. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018: Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). [citado em 08 mar. 2021]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/doi-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710
44. Santos E. O que é iatrogenia. [citado em 07 maio 2021]. Disponível em: <https://ezequielrizzo.jusbrasil.com.br/artigos/678064906/o-que-e-iatrogenia>
45. Bruno A. Direito Penal: Crimes contra a Pessoa. 2ed. Rio de Janeiro: Forense; 1972.
46. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805/2006. [citado em 04 mar. 2021]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>
47. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217/2018. [citado em 25 fev. 2021]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
48. Villas-Bôas ME. O Direito à Saúde no Brasil: reflexões bioéticas à luz do princípio da justiça. São Paulo: Loyola; 2014.
49. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.156/2016 [citado em 12 mar. 2021]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>

50. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995/2012. [citado em 04 mar. 2021]. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>

Como citar

Villas-Bôas ME. Considerações ético-legais sobre a sedação paliativa: a discussão que a pandemia trouxe à tona no norte do Brasil. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2023 abr./jun.; 12(2):50-63

<https://doi.org/10.17566/ciads.v12i2.957>

Copyright

(c) 2023 Maria Elisa Villas-Bôas (Autor).