

**AVULSO NÃO
PUBLICADO.
PROPOSIÇÃO DE
PLENÁRIO**



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 6.715-A, DE 2009 **(Do Senado Federal)**

PLS nº 116/2000
OFÍCIO nº 3.222/2009 (SF)

Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia; tendo parecer da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação deste e dos de nºs 3002/08, 5008/09 e 6544/09, apensados, com substitutivo (relator: DEP. JOSÉ LINHARES).

DESPACHO:

EM RAZÃO DA APENSAÇÃO DO PL 352/2019 AO PL 3002/2008 APENSADO A ESTE, INCLUA-SE A CFT QUE DEVERÁ SE MANIFESTAR QUANTO A ADEQUAÇÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA.

ÀS COMISSÕES DE:

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA;

FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (ART. 54 RICD) E

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (MÉRITO E ART. 54, RICD)

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

(*) Atualizado em 01/04/19, para inclusão de apensados (4)

S U M Á R I O

I - Projeto inicial

II - Projetos apensados: 3002/08, 5008/09 e 6544/09

III - Na Comissão de Seguridade Social e Família:

- Parecer do relator
- 1º substitutivo oferecido pelo relator
- Complementação de voto
- 2º substitutivo oferecido pelo relator
- Parecer da Comissão

IV - Nova apensação: 352/19

O **Congresso Nacional** decreta:

Art. 1º O Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), passa a vigorar acrescido do seguinte art. 136-A:

“Art. 136-A. Não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a paciente terminal, deixar de fazer uso de meios desproporcionais e extraordinários, em situação de morte iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

§ 1º A situação de morte iminente e inevitável deve ser previamente atestada por 2 (dois) médicos.

§ 2º A exclusão de ilicitude prevista neste artigo não se aplica em caso de omissão de uso dos meios terapêuticos ordinários e proporcionais devidos a paciente terminal.”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Senado Federal, em 23 de dezembro de 2009.

Senadora Serys Slhessarenko
Segunda Vice-Presidente do Senado Federal,
no exercício da Presidência

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI
--

DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940
Código Penal.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta a seguinte lei:

CÓDIGO PENAL

.....
PARTE ESPECIAL

(Canceladas na Parte Especial quaisquer referências a valores de multas, substituindo-se a expressão "multa de" por "multa" de acordo com o art. 2º da Lei nº 7.209, de 11/7/1984)

TÍTULO I
DOS CRIMES CONTRA A PESSOA

.....
CAPÍTULO III
DA PERICLITAÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE

Maus tratos

Art. 136. Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de

alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina:

Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa.

§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

§ 2º Se resulta a morte:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

§ 3º Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de catorze anos. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 8.069, de 13/7/1990\)](#)

CAPÍTULO IV DA RIXA

Rixa

Art. 137. Participar de rixa, salvo para separar os contendores:

Pena - detenção, de quinze dias a dois meses, ou multa.

Parágrafo único. Se ocorre morte ou lesão corporal de natureza grave, aplica-se, pelo fato da participação na rixa, a pena de detenção, de seis meses a dois anos.

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.002, DE 2008 **(Do Sr. Hugo Leal)**

Regulamenta a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL 6715/09.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei regulamenta a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro.

Art. 2º Aplicam-se a esta lei as seguintes definições:

I – ortotanásia: suspensão de procedimentos ou tratamentos extraordinários, que têm por objetivo unicamente a manutenção artificial da vida de paciente terminal, com enfermidade grave e incurável;

II – procedimento ou tratamento extraordinário: procedimento ou tratamento não usual e cujo único objetivo é prolongar artificialmente a vida;

III – procedimento ou tratamento ordinário: procedimento ou

tratamento necessário à manutenção da vida de qualquer pessoa ou destinado ao alívio de sintomas que levam ao sofrimento, englobando obrigatoriamente:

- a) assistência integral de saúde;
- b) nutrição adequada;
- c) administração de medicamento para aliviar sofrimento físico ou psíquico;
- d) medidas de conforto físico, psíquico, social e espiritual.

IV – assistência integral de saúde: assistência que engloba todas as dimensões específicas de cada caso, usualmente multiprofissional, incluindo acompanhamento médico nas diversas especialidades envolvidas, cuidados de enfermagem, acompanhamentos psicológico e social, entre outros;

V – doença terminal: aquela que, sob julgamento do melhor conhecimento médico, é incurável e resultará em morte, se não forem aplicados procedimentos extraordinários;

VI – médico assistente: profissional médico responsável pela assistência ao paciente com doença terminal;

VII – junta médica especializada: junta formada por três médicos, de cuja composição façam parte, impreterivelmente, pelo menos um psiquiatra e um médico de especialidade afim com o caso específico do paciente.

Art. 3º É permitida ao médico assistente a prática da ortotanásia, mediante solicitação expressa e por escrito do doente ou seu representante legal.

I – a solicitação deve ser feita em formulário próprio, datado e assinado pelo paciente ou seu representante legal na presença de duas testemunhas;

II – o médico assistente e outros profissionais que trabalhem nos serviços de saúde onde se interna o paciente não podem atuar como testemunha;

III – a decisão quanto à solicitação de que trata o *caput* deverá ser proferida por junta médica especializada.

Art. 4º O médico assistente tem o dever de:

- I – verificar a existência de doença terminal;

II – assegurar que o paciente ou seu representante legal tome uma decisão plenamente informada, fornecendo-lhe informações completas sobre o seu caso, que incluam:

- a) diagnóstico;
- b) prognóstico;
- c) todas as modalidades terapêuticas existentes para o caso específico;
- d) alternativas para alívio ou controle da dor.

III – referir o paciente para junta médica especializada, após atendidas todas as exigências previstas em lei, para ratificação diagnóstica e decisão quanto à solicitação da prática de ortotanásia;

IV – aconselhar o paciente ou seu representante legal sobre a importância de sempre considerar a possibilidade de desistência da solicitação, a qualquer tempo, de qualquer maneira, sem necessidade de justificção;

V – anular prontamente a solicitação assinada pelo paciente ou seu representante legal, sempre que ele assim o desejar;

VI – preencher todos os registros médicos necessários à solicitação;

VII – assegurar que a interrupção dos procedimentos ou tratamentos extraordinários siga as exigências legais vigentes;

VIII – providenciar, quando for o caso, condições para que o paciente possa proceder ao desligamento de aparelhos, se esta for sua decisão;

IX – preencher o atestado de óbito;

X – assegurar que o paciente continue a receber todos os cuidados ordinários necessários para seu caso específico, independentemente de sua decisão quanto à ortotanásia;

XI – assegurar o direito a alta hospitalar ao paciente cuja solicitação de ortotanásia seja aceita;

Parágrafo único. O médico assistente não poderá participar de junta médica especializada de paciente seu.

Art. 5º Devem ser registrados no prontuário médico do paciente:

I – a solicitação escrita, preenchida e assinada pelo próprio paciente ou seu representante legal;

II – o diagnóstico emitido pelo médico assistente e o provável prognóstico;

III – o diagnóstico, o prognóstico provável e a opinião da junta médica especializada que ratificou a opinião do médico assistente;

IV – a descrição dos aconselhamentos feitos ao paciente ou seu representante legal, inclusive quanto ao seu direito de desistir, a qualquer momento e de qualquer maneira, da solicitação feita.

Art. 6º A solicitação formulada pelo paciente ou seu representante legal e endossada pela junta médica especializada deve ser submetida à apreciação de membro do Ministério Público, para avaliação da regularidade e da legalidade do procedimento de solicitação da ortotanásia.

§ 1º A prática de ortotanásia somente poderá ser efetuada após decisão favorável do Ministério Público.

§ 2º Em caso de dúvida, o membro do Ministério Público deverá provocar o Poder Judiciário, para que este se manifeste sobre a solicitação.

Art. 7º Os gestores do Sistema Único de Saúde devem tornar públicos, em relatório anual, dados estatísticos sobre a prática da ortotanásia no território nacional.

Art. 8º Os médicos, auxiliares de saúde e demais profissionais que participarem da prática da ortotanásia, estritamente na forma prescrita por esta lei, não serão responsabilizados, civil ou penalmente, por seus atos, ressalvados os excessos comprovadamente cometidos.

Art. 9º A validade dos atos jurídicos celebrados pelo paciente, tais como planos ou seguros de saúde, seguros de vida ou testamentos, não poderá ser questionada em razão da decisão pela ortotanásia.

Art. 10º A morte resultante da ortotanásia praticada sob os ditames desta lei não será interpretada como morte violenta, não natural ou

inesperada.

Art. 11. Nenhum profissional de saúde está obrigado a dar assistência à prática de ortotanásia.

Art. 12. É expressamente vedada a percepção de honorários adicionais ou específicos em razão do acompanhamento de ortotanásia, além daqueles normalmente contratados.

Art. 13. Esta lei entrará em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

O problema da terminalidade da vida angustia os profissionais de saúde, especialmente os médicos. O avanço científico e tecnológico no campo da assistência à saúde, que possibilita a manutenção artificial da vida por meio de equipamentos ou tratamentos extremos, gera situações éticas e filosóficas novas, que demandam regulamentação própria e específica.

Torna-se imprescindível, portanto, estabelecer limites razoáveis para a intervenção humana no processo do morrer. O prolongamento indefinido da vida, ainda que possível, nem sempre será desejável. É factível manter as funções vitais em funcionamento mesmo em casos de precariedade extrema; por vezes, inclusive no estado vegetativo. Todavia, em muitos casos, esse sofrimento e essa agonia são desumanos, indignos e atentam contra a própria natureza do ciclo da vida e da morte.

No intuito de orientar eticamente os médicos em tão grave matéria, o Conselho Federal de Medicina expediu a Resolução nº 1.805/2006, que permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade grave e incurável. Tal documento, contudo, foi julgado improcedente por decisão do Juiz Federal Roberto Luis Luchi Demo, 14ª Vara no Distrito Federal, em face da natureza da matéria, que deve ser tratada por meio de lei federal.

Por esse motivo, propomos a esta Casa Legislativa o presente projeto de lei, uma vez que acredito tratar-se de medida procedente. A ortotanásia, cabe defini-la, não pode ser confundida com a eutanásia. Seguindo esclarecimento da Dra. Roxana Cardoso Brasileiro Borges, “etimologicamente, ortotanásia significa

morte correta: orto: certo, thanatos: morte. Significa o não prolongamento artificial do processo de morte, além do que seria o processo natural¹.

Eutanásia, por sua vez, segundo o Dr. Herbert Praxedes”, implica “ação direta ou omissão voluntária de cuidados básicos que visam provocar a morte de um paciente”, ainda que para evitar-lhe sofrimento². Ainda, o Dicionário Aurélio a traduz como “prática (...) pela qual se busca abreviar, sem dor ou sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável”, reputando-a “sem amparo legal”. Para Plácido e Silva³, “constitui o homicídio ou crime eutanásico”, não sendo admitida no Direito Penal brasileiro.

O médico não pode, certamente, eximir-se de usar todos os recursos ordinários para a manutenção de uma vida. Por outro lado, não lhe pode ser imposto mantê-la indefinidamente, utilizando-se de métodos extremos, que geram maiores malefícios que o bem supostamente esperado. O bom senso explicita seria absurda e desumana tal prescrição legal.

O projeto apresentado pretende regulamentar a matéria, permitindo a ortotanásia em situações bastante específicas e estabelecendo processo criterioso para sua aprovação, a fim de assegurar que sua prática ocorra dentro da legalidade. Esperamos, portanto, contar com o necessário endosso de nossos Pares para o aperfeiçoamento e a aprovação deste importante projeto de lei.

Sala das Sessões, em 13 de março de 2008.

Deputado HUGO LEAL

Deputado OTAVIO LEITE

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI
--

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805 DE 9 DE NOVEMBRO DE 2006

(Resolução suspensa por decisão liminar do M. Juíz Dr. Roberto Luis Luchi Demo, nos autos da Ação Civil Pública n. 2007.34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal, movida pelo Ministério Público Federal)

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.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”;

CONSIDERANDO que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes;

CONSIDERANDO que o art. 1º da Resolução CFM nº 1.493, de 20.5.98, determina ao diretor clínico adotar as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;

CONSIDERANDO que incumbe ao médico diagnosticar o doente como portador de enfermidade em fase terminal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 9/11/2006,

RESOLVE:

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 a seu 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 a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 9 de novembro de 2006

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO
Secretária-Geral

PROJETO DE LEI N.º 5.008, DE 2009 (Do Sr. Dr. Talmir)

Proíbe a suspensão de cuidados de pacientes em Estado Vegetativo Persistente.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-3002/2008.

O Congresso Nacional decreta:

É proibida a suspensão de cuidados de pacientes que apresentarem quadro de Estado Vegetativo Persistente.

§ 1º Para os efeitos desta lei, considera-se como Estado Vegetativo Persistente os pacientes que nos quais as funções fisiológicas, incluindo ciclos dormir-despertar, controle autônomo e respiração, persistem, mas o estado de consciência, incluindo todas as funções e emoções cognitivas é abolido.

§ 2º Para efeitos desta lei, considera-se cuidados como todos os tratamentos medicamentosos, fisioterápicos, alimentação e hidratação artificiais e demais cuidados básicos.

Art. 2º A desobediência ao disposto na presente lei sujeita os infratores a serem enquadrados no crime de maus-tratos, conforme previsto no art. 136 do Código Penal Brasileiro.

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A morte da italiana Eluana Englaro, de 38 anos, em 9 de fevereiro próximo passado chocou o mundo cristão. Sua morte, após dezessete anos em estado vegetativo, fruto de sequelas de um acidente de trânsito, encerrou de maneira trágica uma batalha judicial e legislativa que mobilizou a opinião pública e os poderes da República Italiana.

À autorização judicial para que fosse interrompido o fornecimento de alimentação e hidratação artificiais, seguiu-se uma batalha para a aprovação de uma lei que reverteresse a polêmica sentença, obtida por seu pai.

A verdade é que a pessoa em Estado Vegetativo Persistente, embora desprovida de atividade cognitiva e de auto-consciência, não pode ser entendida como estando morta nem pode ser considerada em estado terminal.

Conserva, portanto, a sua dignidade intrínseca e seus direitos de pessoa humana, que deveriam ser resguardados e tutelados pelo Estado em quaisquer circunstâncias.

A manutenção da vida de tais seres humanos depende necessariamente da continuidade da alimentação e da hidratação artificiais, assim como a nossa, que conservamos a capacidade cognitiva e a consciência, depende do aporte de nutrientes e de líquidos.

A retirada do suporte à vida nessas circunstâncias reveste-se, assim, de um componente claro de desrespeito à vida e de uma crueldade ímpares.

Com o objetivo de proibir terminantemente tal prática no Brasil, apresentamos proposição que de forma clara e inequívoca procura preservar a vida e a dignidade de todos, pois nunca sabemos se estaremos nessa situação futuramente.

Adicionalmente, iguala a tentativa de proceder de forma equivalente ao caso da mulher italiana ao crime de maus-tratos, previsto no Código Penal Brasileiro.

Desse modo, esperamos contar com o apoio de nossos ilustres Pares em ambas as Casas do Congresso Nacional para a aprovação dessa importante medida.

Sala das Sessões, em 07 de abril de 2009 .

DEPUTADO DR. TALMIR

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI
--

DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940

Código Penal.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta a seguinte lei:

.....
PARTE ESPECIAL

TÍTULO I
DOS CRIMES CONTRA A PESSOA

.....
CAPÍTULO III
DA PERICLITAÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE

Maus tratos

Art. 136. Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina:

Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis.

§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

§ 2º Se resulta a morte:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

§ 3º Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de catorze anos. ([Parágrafo acrescido pela Lei nº 8.069, de 13/7/1990](#))

CAPÍTULO IV
DA RIXA

Rixa

Art. 137. Participar de rixa, salvo para separar os contendores:

Pena - detenção, de quinze dias a dois meses, ou multa, de duzentos mil réis a um conto de réis.

Parágrafo único. Se ocorre morte ou lesão corporal de natureza grave, aplica-se, pelo fato da participação na rixa, a pena de detenção, de seis meses a dois anos.

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 6.544, DE 2009

(Dos Srs. Dr. Talmir e Miguel Martini)

Dispõe sobre cuidados devidos a pacientes que se encontrem em fase terminal de enfermidade.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-3002/2008.

O Congresso Nacional decreta:

Todo paciente, em especial os que se encontrem em fase terminal de enfermidade, tem direito, sem prejuízos de outros tratamentos que se mostrem cabíveis, a cuidados paliativos proporcionais e adequados.

Para os fins desta lei, considera-se:

I — paciente em fase terminal de enfermidade: o portador de enfermidade avançada e progressiva, com prognóstico de morte próxima e inevitável, em razão de falência grave e irreversível de um ou vários órgãos e que não apresenta qualquer perspectiva de recuperação do quadro clínico;

II — cuidados paliativos: os que promovem a qualidade de vida de pacientes mediante prevenção e alívio do sofrimento, incluindo a identificação precoce, avaliação e tratamento adequado da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual;

III — cuidados básicos, normais ou ordinários: os cuidados necessários e indispensáveis à manutenção da vida e da dignidade de qualquer paciente, entre os quais se inserem a alimentação, a hidratação, garantidas as quotas básicas de líquidos, eletrólitos e nutrientes, a higiene, e o tratamento da dor e de outros sintomas de sofrimento;

IV — procedimentos e tratamentos proporcionais: são os em

que:

a) há proporcionalidade entre o investimento de instrumentos e de pessoal e os resultados previsíveis, com uma relação favorável à qualidade de vida do paciente;

b) as técnicas utilizadas não impõem aos pacientes sofrimentos ou contrariedades em desproporção com os benefícios que delas decorrem.

V — procedimentos e tratamentos desproporcionais: os que não venham a preencher os critérios de proporcionalidade do item IV deste artigo;

VI — procedimentos e tratamentos extraordinários: os que dispõe a medicina mais avançada, ainda que em fase experimental e cuja aplicação não seja isenta de riscos.

Art. 3º Na aplicação do disposto nesta lei, buscar-se-á que o paciente em fase terminal de enfermidade tenha alívio da dor e do sofrimento, preservando-se, sempre que possível sua lucidez e o convívio familiar e de amizade.

Art. 4º O médico deve esclarecer ao paciente em fase terminal de enfermidade, à sua família e ao seu representante legal as modalidades terapêuticas, adequadas e proporcionais para o tratamento do seu caso específico.

Parágrafo único. É assegurado ao paciente, à sua família e ao seu representante legal solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 5º Havendo manifestação favorável do paciente em fase terminal de enfermidade, ou na sua impossibilidade, de sua família ou de seu representante legal, é permitida, atendido o parágrafo único deste artigo, a limitação ou suspensão, pelo médico, de procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários destinados a prolongar artificialmente a vida.

Parágrafo único. A limitação ou suspensão de que trata o *caput*, sempre fundamentada e registrada no prontuário, será submetida a análise médica revisora, conforme venha a ser definido em regulamento.

Art. 6º O paciente em fase terminal de enfermidade, mesmo no caso de ocorrência da limitação ou suspensão prevista no artigo anterior, continuará a receber todos os cuidados básicos, normais ou ordinários necessários à manutenção da sua vida e de sua dignidade, bem como os cuidados paliativos necessários a aliviar o sofrimento, assegurados a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive o direito de alta hospitalar.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor noventa dias depois de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

É sabido de há muito que o avanço do conhecimento científico e tecnológico tem possibilitado a que a medicina estenda os limites da vida muito além do razoável.

De fato, não é preciso ser médico, mas tão-somente uma pessoa bem informada, que lê jornais, para saber que máquinas e drogas de última geração são capazes de manter um cidadão “vivo” por muito tempo, às vezes por anos, sem nenhuma perspectiva concreta de recuperação.

Tais procedimentos apenas mantêm a perfusão sanguínea, a inflação dos pulmões, a filtração do sangue em substituição aos rins e o fornecimento de substâncias essenciais de forma a impedir a falência total do organismo, mas sabe-se, pelo conhecimento disponível, que a situação é irreversível.

Nesses casos, o indivíduo fica reduzido a uma condição de objeto e se impõe um sofrimento desnecessário ao doente, a seus familiares e amigos.

Não é, contudo, aceitável a permissão da eutanásia. Tal prática distingue-se em tudo e por tudo do que se propõe neste Projeto. Não permissão ou previsão de uma atitude ativa para por fim à vida do paciente, mas única e exclusivamente para a retirada de procedimentos desproporcionais e extraordinários, conforme previsto.

Procura-se, assim, preservar a dignidade do ser humano a uma morte digna e, se for do seu interesse ou de sua família, junto a seus entes queridos, no conforto do seu lar e não em meio a máquinas e ao agressivo ambiente hospitalar.

Desse modo, esperamos contar com o apoio de nossos ilustres Pares em ambas as Casas do Congresso Nacional para a aprovação dessa importante medida que com toda a certeza trará mais conforto aos cidadãos brasileiros e a família brasileira nesses momentos tão difíceis.

Sala das Sessões, em 02 de dezembro de 2009 .

Deputado Dr. TALMIR

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

I – RELATÓRIO

O presente projeto de lei permite que se interrompam medidas terapêuticas desproporcionais e extraordinárias para a manutenção artificial da vida de pacientes em situação de morte iminente e inevitável atestada por dois médicos.

Exige, para tanto, consentimento do paciente ou de seu responsável. Exclui da norma a prestação de tratamentos classificados como ordinários ou proporcionais.

Em sua justificação, o Autor, Senador Gerson Camata, lembra que as possibilidades terapêuticas atualmente disponíveis amiúde levam à distanásia, que qualifica como profanação do corpo em homenagem à ciência e às técnicas médicas. Salienta ainda que, em face da exiguidade de recursos humanos na saúde, tal processo implica prejuízo para outros doentes.

A essa situação, contrapõe a ortotanásia, que define como morte correta e em seu devido tempo, sem prolongação irracional e cruel para o doente. Salienta que as várias religiões manifestam-se favoravelmente à prática, uma vez que o direito à vida é manter-se vivo com os próprios meios. Apresenta ainda artigos da Constituição Federal e do Código de Ética Médica que tratam da dignidade da pessoa humana e proíbem que se gere sofrimento físico, psíquico ou moral.

Na Casa Alta, o projeto foi relatado pelo Senador Augusto Botelho, que, em face da complexidade do tema, optou por emitir Parecer somente após realização de audiência pública. Em seu Relatório, salienta a distinção crucial entre ortotanásia e eutanásia, que adviria do cometimento de ato que levaria à morte.

Considerando a necessidade tanto de adaptação dos hospitais à nova regra quanto de sua ampla divulgação no meio médico, propõe que a medida seja concretizada apenas 180 dias após publicada. Emite, dessa forma, parecer favorável ao projeto de lei.

Cabe salientar que a proposição já havia sido relatada anteriormente pelos Senadores José Maranhão e Bernardo Cabral, que se manifestaram por sua rejeição, considerando-a inconstitucional.

Tramitam apensados ao projeto principal três proposituras originadas nesta Câmara dos Deputados. O Projeto de Lei n. 3.002, de 2008, de autoria dos Deputados Hugo Leal e Otávio Leite, que “regulamenta a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro”, apresenta uma série de definições atinentes ao tema. Em seguida, estabelece que a prática da ortotanásia somente poderá ser realizada mediante solicitação expressa e por escrito do doente ou de seu representante legal, que será avaliada por junta médica especializada e submetida ao Ministério Público. Em caso de dúvida quanto à sua regularidade ou legalidade, o Ministério Público deverá solicitar manifestação por parte do Poder Judiciário.

Estatui detalhes dos procedimentos a serem seguidos pelo médico

assistente e relativos aos registros do ato. Conclui apresentando diversos dispositivos que tratam de questões relativas ao direito civil e penal.

Na justificação do projeto, o Autor afirma que o problema da terminalidade da vida gera situações éticas e filosóficas novas, pois atualmente é possível manter artificialmente a vida por tempo indeterminado. Nesse contexto, defende sejam estabelecidos limites razoáveis para a intervenção humana no processo de morrer. Nesse contexto, em consonância com o Voto do Senador Augusto Botelho, rejeita a prática da eutanásia, que distingue da ortotanásia.

Lembra que a Resolução n. 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que permitiu ao médico limitar ou suspender tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, teve sua validade suspensa em juízo, por tratar de matéria que deve ser abordada por lei federal.

Tramita também apenso o Projeto de Lei n. 5.008, de 2009, de autoria do Deputado Dr. Talmir, que “proíbe a suspensão de cuidados de pacientes em Estado Vegetativo Persistente”. Inclui nessa classificação os pacientes nos quais as funções fisiológicas persistem, mas o estado de consciência é abolido. Define a desobediência à regra como crime de mastratos.

Na justificativa do PL, o Autor lamenta a morte da italiana Eluana Englaro há alguns anos, causada pela interrupção do fornecimento de alimentação e hidratação artificiais. Entende que o indivíduo em estado vegetativo não se encontra morto nem em estado terminal e, por conservar sua dignidade de pessoa humana, faz jus a que se mantenham todos os cuidados necessários.

Finalmente, o Projeto de Lei n. 6.544, de 2009, também de autoria do Deputado Dr. Talmir, afirma que todos os pacientes, em especial aqueles em fase terminal, têm direito a cuidados paliativos proporcionais e adequados. Após definir termos afins ao tema, sublinha a necessidade de se aliviarem a dor e o sofrimento do paciente terminal, preservando-se, sempre que possível, sua lucidez e o convívio familiar e de amizade.

Permite que, após manifestação do paciente ou de seu representante e ratificação por análise médica revisora, sejam interrompidos os tratamentos desproporcionais ou extraordinários que visem a prolongar artificialmente a vida. Deverão, todavia, ser mantidos os cuidados básicos e paliativos cabíveis.

Em sua justificação, afirma o Autor que o avanço tecnológico tornou possível serem estendidos os limites da vida além do razoável, impondo sofrimento

desnecessário tanto ao doente quanto à sua família. Mais uma vez, a ideia da eutanásia vem refutada de forma peremptória, sendo defendida, em contrapartida, a possibilidade de se proporcionar uma morte digna.

No prazo regimental, não foram apresentadas emendas aos projetos.

Além desta Comissão de Seguridade Social e Família, as proposições serão também encaminhadas para análise de mérito à Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania que se manifestará ainda a respeito de sua constitucionalidade, regimentalidade, juridicidade e técnica legislativa. Em seguida sujeitar-se-ão à apreciação pelo Plenário.

Cabe a esta Comissão de Seguridade Social e Família a análise das proposições do ponto de vista sanitário e quanto ao mérito. Eventuais ponderações acerca da redação ou da técnica legislativa deverão ser apontadas pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania.

II - VOTO DO RELATOR

As proposituras ora em debate abordam assunto de relevância inquestionável. O número de projetos apensados já o demonstra. Quero, portanto, louvar os diversos autores, cujas iniciativas vieram colocar em debate tema tão pulsante.

De fato, dilemas bioéticos relacionados ao fim da vida mostram-se cada vez mais frequentes na prática médica. Diariamente são noticiados casos concretos, sempre revestidos de grande carga dramática.

Urge, pois, que se regule a matéria, criando mecanismos que assegurem a todos o direito a uma morte digna. Analisando os quatro projetos que tramitam em conjunto, é possível verificar grande sintonia entre eles. Todos posicionam-se contrariamente a qualquer alusão à eutanásia. Em sentido contrário, explicitam a obrigação de que se garanta todo tipo de tratamento ordinário aos pacientes, independentemente de sua condição clínica.

Afirmam ainda ser igualmente pernicioso manter-se artificialmente a vida de forma desproporcional e, por vezes cruel. Contrapõem a essa obstinação terapêutica, também conhecida como distanásia, a prática da ortotanásia. Entendem, de forma correta, que a morte é uma etapa da existência de todo ser humano e que nem sempre seriam razoáveis medidas extremas para tentar evitá-la ou postergá-la a qualquer custo.

Devo salientar, então, minha consonância com tal pensamento. Com efeito, não me pareceria defensável qualquer argumento em contrário. Todavia, ao defender a ortotanásia, cabe ressaltar ser imprescindível que todos os cuidados ordinários demandados por qualquer paciente sejam sempre garantidos. Pretende-se assegurar um tratamento adequado para cada paciente, jamais suprimir a atenção necessária.

É importante pontuar que o Projeto de Lei n. 5.008/2009 apresenta teor um pouco distinto dos demais. Preocupa-se mais em coibir a suspensão de cuidados ordinários que propriamente em regulamentar a suspensão dos extraordinários. Todavia, mesmo com esse timbre peculiar, coaduna-se com os demais em sua essência.

Cumpre-nos, então, congregar as várias proposições em uma única. O projeto principal, advindo do Senado, propõe apenas alterar o Código Penal, de forma excessivamente resumida. Sob nosso ponto de vista, tal abordagem não comportaria toda a relevância do assunto. Considerando as tantas questões e particularidades relacionadas à prática da ortotanásia, parece-nos de melhor alvitre um aprofundamento maior, com o fim de se estabelecerem limites claros para sua prática.

Os Projetos de Lei n. 3.002/2008 e n. 6.544/2009, por sua vez, mostram-se mais completos e, de certa forma, englobam a maior parte dos dispositivos constantes dos demais. Todavia, alguns de seus dispositivos abordam questões essencialmente operacionais, inclusive impondo atribuições ao Poder Executivo. Nesse sentido, tais artigos feririam os princípios da boa técnica legislativa ou mesmo apresentariam vício de inconstitucionalidade.

Assim sendo, com o fito de sanar possíveis impropriedades bem como de reunir as diversas medidas propostas, apresentamos Substitutivo aos projetos que ora relatamos.

Esclarecemos que este Substitutivo limita-se à competência desta Comissão, qual seja, o mérito sanitário do tema. No entanto, acreditamos ser imprescindível que a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania – CCJC, órgão competente para tratar de matéria penal, proponha também a alteração do Código Penal, para que haja a descriminalização da ortotanásia, que hoje configura crime de homicídio nos termos de seu art. 121. Assim, ficará claro que a ortotanásia consiste prática lícita, ou seja, conduta que se encontra em harmonia com os valores fundamentais do ordenamento jurídico e dos avanços dos direitos da cidadania.

Dessa forma, pelo acima exposto, votamos pela aprovação dos Projetos de Lei n. 6.715, de 2009; 3.002, de 2008; 5.008, de 2009; e 6.544, de 2009, na forma do Substitutivo que encaminhamos anexo.

Sala da Comissão, em 02 de dezembro de 2010.

Deputado JOSÉ LINHARES
Relator

**SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI Nº 6.715, DE 2009
(Apensos os PL 3002/2008, 5008/2009 e 6544/2009)**

Dispõe sobre os cuidados devidos a
pacientes em fase terminal de
enfermidade.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei dispõe sobre os cuidados devidos a pacientes que se encontrem em fase terminal de enfermidade.

Art. 2º Todo paciente que se encontra em fase terminal de enfermidade tem direito a cuidados paliativos proporcionais e adequados, sem prejuízo de outros tratamentos que se mostrem necessários e oportunos.

Parágrafo único. Na aplicação do disposto no *caput*, buscar-se-á que o paciente tenha alívio da dor e do sofrimento, preservando-se, sempre que possível sua lucidez e o convívio familiar e social.

Art. 3º Para os fins desta lei, considera-se:

I - paciente em fase terminal de enfermidade: pessoa portadora de enfermidade avançada, progressiva e incurável, com prognóstico de morte iminente e inevitável, em razão de falência grave e irreversível de um ou vários órgãos, e que não apresenta qualquer perspectiva de recuperação do quadro clínico;

II - cuidados paliativos: medidas que promovem, usualmente com enfoque multiprofissional, a qualidade de vida dos pacientes e o alívio do sofrimento, especialmente relacionadas ao diagnóstico precoce, à avaliação e ao tratamento adequado tanto da dor quanto de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual;

III - cuidados básicos, normais ou ordinários: cuidados necessários e indispensáveis à manutenção da vida e da dignidade de qualquer paciente, entre os

quais se inserem a alimentação; a hidratação, garantidas as quotas básicas de líquidos, eletrólitos e nutrientes; a higiene; o tratamento da dor e de outros sintomas de sofrimento; e a ventilação não invasiva, quando necessária;

IV - procedimentos e tratamentos proporcionais: procedimentos ou tratamentos cujo investimento em equipamentos e pessoal mostra-se proporcional aos resultados esperados, com relação favorável à qualidade de vida do paciente, e que não impõem aos pacientes sofrimentos ou contrariedades em desproporção com os possíveis benefícios deles decorrentes;

V - procedimentos e tratamentos desproporcionais: procedimentos ou tratamentos que não preencham os critérios de proporcionalidade expressos no inciso IV deste artigo;

VI - procedimentos e tratamentos extraordinários: procedimentos ou tratamentos não usuais, inclusive aqueles em fase experimental, cujo único objetivo seja prolongar artificialmente a vida;

VII - médico assistente: profissional médico responsável pela assistência ao paciente em fase terminal de enfermidade;

VIII - junta médica especializada: junta médica de cuja composição façam parte pelo menos o médico assistente, um médico de especialidade relacionada ao caso clínico específico do paciente e um médico psiquiatra.

Art. 4º Havendo solicitação do paciente em fase terminal de enfermidade, ou na sua impossibilidade, de sua família ou de seu representante legal, é permitida a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários, pelo médico assistente, após deliberação da junta médica especializada.

§1º Na hipótese da impossibilidade de manifestação da vontade do paciente e caso este tenha, anteriormente, enquanto lúcido, se pronunciado contrariamente à limitação ou à suspensão dos procedimentos de que trata o *caput*, tal manifestação deverá ser respeitada.

§2º A solicitação de limitação ou suspensão dos procedimentos de que trata o *caput* e o inciso I do art. 6º será apresentada pelo médico assistente à junta médica especializada para análise e ratificação ou não da conduta.

§3º O paciente ou seu representante legal poderá desistir da limitação ou suspensão dos procedimentos de que trata o *caput*, a qualquer tempo, sem necessidade de justificação.

Art. 5º O médico assistente deverá obrigatoriamente:

- I - assegurar-se da existência de doença em fase terminal;
- II - assegurar que o paciente ou seu representante legal receba informações completas sobre o seu caso, que incluam no mínimo:
 - a) diagnóstico;
 - b) prognóstico;
 - c) todas as modalidades terapêuticas existentes para o caso específico;
 - d) alternativas para controle da dor e de outros sintomas do sofrimento.
- III - facultar ao paciente, à sua família ou ao seu representante legal a solicitação de uma segunda opinião médica;
- IV - assegurar o direito a alta hospitalar ao paciente que solicite limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários, após deliberação da junta médica especializada;

Parágrafo único: o paciente em fase terminal de enfermidade continuará a receber todos os cuidados básicos, normais ou ordinários necessários à manutenção da sua vida e da sua dignidade, bem como os cuidados paliativos necessários a avaliar o sofrimento, assegurados a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive o direito a alta hospitalar.

Art. 6º Devem ser registrados no prontuário médico do paciente:

- I - a solicitação escrita para limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos considerados desproporcionais ou extraordinários, sempre fundamentada, devendo ser preenchida e assinada pelo paciente, por sua família ou por seu representante legal;
- II - o diagnóstico emitido pelo médico assistente e o provável prognóstico;
- III - o diagnóstico, o prognóstico provável e a opinião da junta médica especializada que ratificou ou não a opinião do médico assistente;
- IV - a descrição dos aconselhamentos feitos ao paciente, aos seus familiares ou ao seu representante legal.

Art. 7º Esta Lei entrará em vigor noventa dias após a sua publicação.

Sala da Comissão, em 02 de dezembro de 2010.

Deputado JOSÉ LINHARES
Relator

COMPLEMENTAÇÃO DE VOTO

I – RELATÓRIO

O presente projeto de lei permite que se interrompam medidas terapêuticas desproporcionais e extraordinárias para a manutenção artificial da vida de pacientes em situação de morte iminente e inevitável atestada por dois médicos. Exige, para tanto, consentimento do paciente ou de seu responsável. Exclui da norma a prestação de tratamentos classificados como ordinários ou proporcionais.

Em sua justificção, o Autor, Senador Gerson Camata, lembra que as possibilidades terapêuticas atualmente disponíveis amiúde levam à distanásia, que qualifica como profanação do corpo em homenagem à ciência e às técnicas médicas. Salienta ainda que, em face da exiguidade de recursos humanos na saúde, tal processo implica prejuízo para outros doentes.

A essa situação, contrapõe a ortotanásia, que define como morte correta e em seu devido tempo, sem prolongação irracional e cruel para o doente. Salienta que as várias religiões manifestam-se favoravelmente à prática, uma vez que o direito à vida é manter-se vivo com os próprios meios. Apresenta ainda artigos da Constituição Federal e do Código de Ética Médica que tratam da dignidade da pessoa humana e proíbem que se gere sofrimento físico, psíquico ou moral.

Na Casa Alta, o projeto foi relatado pelo Senador Augusto Botelho, que, em face da complexidade do tema, optou por emitir Parecer somente após realização de audiência pública. Em seu Relatório, salienta a distinção crucial entre ortotanásia e eutanásia, que adviria do cometimento de ato que levaria à morte.

Considerando a necessidade tanto de adaptação dos hospitais à nova regra quanto de sua ampla divulgação no meio médico, propõe que a medida seja concretizada apenas 180 dias após publicada. Emite, dessa forma, parecer favorável ao projeto de lei.

Cabe salientar que a proposição já havia sido relatada anteriormente pelos Senadores José Maranhão e Bernardo Cabral, que se manifestaram por sua rejeição, considerando-a inconstitucional.

Tramitam apensados ao projeto principal três proposições originadas nesta Câmara dos Deputados. O Projeto de Lei n. 3.002, de 2008, de autoria dos Deputados Hugo Leal e Otávio Leite, que “regulamenta a prática da ortotanásia no território nacional brasileiro”, apresenta uma série de definições atinentes ao tema.

Em seguida, estabelece que a prática da ortotanásia somente poderá ser realizada mediante solicitação expressa e por escrito do doente ou de seu representante legal, que será avaliada por junta médica especializada e submetida ao Ministério Público. Em caso de dúvida quanto à sua regularidade ou legalidade, o Ministério Público deverá solicitar manifestação por parte do Poder Judiciário.

Estatui detalhes dos procedimentos a serem seguidos pelo médico assistente e relativos aos registros do ato. Conclui apresentando diversos dispositivos que tratam de questões relativas ao direito civil e penal.

Na justificação do projeto, o Autor afirma que o problema da terminalidade da vida gera situações éticas e filosóficas novas, pois atualmente é possível manter artificialmente a vida por tempo indeterminado. Nesse contexto, defende sejam estabelecidos limites razoáveis para a intervenção humana no processo de morrer. Nesse contexto, em consonância com o Voto do Senador Augusto Botelho, rejeita a prática da eutanásia, que distingue da ortotanásia.

Lembra que a Resolução n. 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que permitiu ao médico limitar ou suspender tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, teve sua validade suspensa em juízo, por tratar de matéria que deve ser abordada por lei federal.

Tramita também apenso o Projeto de Lei n. 5.008, de 2009, de autoria do Deputado Dr. Talmir, que “proíbe a suspensão de cuidados de pacientes em Estado Vegetativo Persistente”. Inclui nessa classificação os pacientes nos quais as funções fisiológicas persistem, mas o estado de consciência é abolido. Define a desobediência à regra como crime de maus-tratos.

Na justificativa do PL, o Autor lamenta a morte da italiana Eluana Englaro há alguns anos, causada pela interrupção do fornecimento de alimentação e hidratação artificiais. Entende que o indivíduo em estado vegetativo não se encontra morto nem em estado terminal e, por conservar sua dignidade de pessoa humana, faz jus a que se mantenham todos os cuidados necessários.

Finalmente, o Projeto de Lei n. 6.544, de 2009, também de autoria do Deputado Dr. Talmir, afirma que todos os pacientes, em especial aqueles em fase terminal, têm direito a cuidados paliativos proporcionais e adequados. Após definir termos afins ao tema, sublinha a necessidade de se aliviarem a dor e o sofrimento do paciente terminal, preservando-se, sempre que possível, sua lucidez e o convívio familiar e de amizade.

Permite que, após manifestação do paciente ou de seu representante e ratificação por análise médica revisora, sejam interrompidos os tratamentos desproporcionais ou extraordinários que visem a prolongar artificialmente a vida. Deverão, todavia, ser mantidos os cuidados básicos e paliativos cabíveis.

Em sua justificação, afirma o Autor que o avanço tecnológico tornou possível serem estendidos os limites da vida além do razoável, impondo sofrimento desnecessário tanto ao doente quanto à sua família. Mais uma vez, a ideia da eutanásia vem refutada de forma peremptória, sendo defendida, em contrapartida, a possibilidade de se proporcionar uma morte digna.

No prazo regimental, não foram apresentadas emendas aos projetos.

Além desta Comissão de Seguridade Social e Família, as proposições serão também encaminhadas para análise de mérito à Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania que se manifestará ainda a respeito de sua constitucionalidade, regimentalidade, juridicidade e técnica legislativa. Em seguida sujeitar-se-ão à apreciação pelo Plenário.

Cabe a esta Comissão de Seguridade Social e Família a análise das proposições do ponto de vista sanitário e quanto ao mérito. Eventuais ponderações acerca da redação ou da técnica legislativa deverão ser apontadas pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania.

II - VOTO DO RELATOR

As proposições ora em debate abordam assunto de relevância inquestionável. O número de projetos apensados já o demonstra. Quero, portanto, louvar os diversos autores, cujas iniciativas vieram colocar em debate tema tão pulsante.

De fato, dilemas bioéticos relacionados ao fim da vida mostram-se cada vez mais frequentes na prática médica. Diariamente são noticiados casos concretos, sempre revestidos de grande carga dramática.

Urge, pois, que se regule a matéria, criando mecanismos que assegurem a todos o direito a uma morte digna. Analisando os quatro projetos que tramitam em conjunto, é possível verificar grande sintonia entre eles. Todos posicionam-se contrariamente a qualquer alusão à eutanásia. Em sentido contrário, explicitam a obrigação de que se garanta todo tipo de tratamento ordinário aos pacientes, independentemente de sua condição clínica.

Afirmam ainda ser igualmente pernicioso manter-se artificialmente a vida de forma desproporcional e, por vezes cruel. Contrapõem a essa obstinação terapêutica, também conhecida como distanásia, a prática da ortotanásia. Entendem, de forma correta, que a morte é uma etapa da existência de todo ser humano e que nem sempre seriam razoáveis medidas extremas para tentar evitá-la ou postergá-la a qualquer custo.

Devo salientar, então, minha consonância com tal pensamento. Com efeito, não me pareceria defensável qualquer argumento em contrário. Todavia, ao defender a ortotanásia, cabe ressaltar ser imprescindível que todos os cuidados ordinários demandados por qualquer paciente sejam sempre garantidos. Pretende-se assegurar um tratamento adequado para cada paciente, jamais suprimir a atenção necessária.

É importante pontuar que o Projeto de Lei n. 5.008/2009 apresenta teor um pouco distinto dos demais. Preocupa-se mais em coibir a suspensão de cuidados ordinários que propriamente em regulamentar a suspensão dos extraordinários. Todavia, mesmo com esse timbre peculiar, coaduna-se com os demais em sua essência.

Cumpre-nos, então, congregar as várias proposições em uma única. O projeto principal, advindo do Senado, propõe apenas alterar o Código Penal, de forma excessivamente resumida. Sob nosso ponto de vista, tal abordagem não comportaria toda a relevância do assunto. Considerando as tantas questões e particularidades relacionadas à prática da ortotanásia, parece-nos de melhor alvitre um aprofundamento maior, com o fim de se estabelecerem limites claros para sua prática.

Os Projetos de Lei n. 3.002/2008 e n. 6.544/2009, por sua vez, mostram-se mais completos e, de certa forma, englobam a maior parte dos dispositivos constantes dos demais. Todavia, alguns de seus dispositivos abordam questões essencialmente operacionais, inclusive impondo atribuições ao Poder Executivo. Nesse sentido, tais artigos feririam os princípios da boa técnica legislativa ou mesmo apresentariam vício de inconstitucionalidade.

Assim sendo, com o fito de sanar possíveis impropriedades bem como de reunir as diversas medidas propostas, apresentamos Substitutivo aos projetos que ora relatamos.

Inicialmente apresentamos um Substitutivo circunscrito à matéria sanitária, de competência desta Comissão, deixando para a Comissão de Constituição

e Justiça e de Cidadania – CCJC propor a alteração do Código Penal.

No entanto, após a profícua discussão da matéria, em 08 de dezembro de 2010, decidimos acatar as sugestões dos nobre pares e incluir no Substitutivo, desde já, a alteração do Código Penal, qual seja, a descriminalização da prática da ortotanásia, que hoje configura crime de homicídio.

Com este objetivo, acrescentamos os arts. 7º e 8º, cujos teores refletem o disposto no Projeto de Lei 6.715, de 2009, oriundo do Senado Federal. O art. 7º introduz o art. 136-A no Código Penal. Com isso, fica expresso que a ortotanásia consiste prática lícita, ou seja, conduta que se encontra em harmonia com os valores fundamentais do ordenamento jurídico e dos avanços dos direitos da cidadania. O art. 8º concede o prazo de 180 dias para a lei entrar em vigor.

Dessa forma, pelo acima exposto, votamos pela aprovação dos Projetos de Lei n. 6.715, de 2009; 3.002, de 2008; 5.008, de 2009; e 6.544, de 2009, na forma do Substitutivo que encaminhamos anexo, com as modificações propostas pelo Plenário desta Comissão.

Sala da Comissão, em 08 de dezembro de 2010.

Deputado JOSÉ LINHARES
Relator

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Seguridade Social e Família, em reunião ordinária realizada hoje, opinou unanimemente pela aprovação do Projeto de Lei nº 6.715/2009, do PL 5008/2009, do PL 6544/2009, e do PL 3002/2008, apensados, com substitutivo, nos termos do Parecer do Relator, Deputado José Linhares, que apresentou complementação de voto.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Vieira da Cunha - Presidente, Sueli Vidigal, Germano Bonow e Manato - Vice-Presidentes, Alcení Guerra, Arnaldo Faria de Sá, Bel Mesquita, Chico D'Angelo, Darcísio Perondi, Dr. Paulo César, Dr. Talmir, Eduardo Barbosa, Elcione Barbalho, Geraldo Resende, Henrique Afonso, Henrique Fontana, Jofran Frejat, José C. Stangarlini, José Linhares, Osmar Terra, Pastor Manoel Ferreira, Raimundo Gomes de Matos, Rita Camata, Antonio Bulhões, Antonio Carlos Chamariz, Antonio Cruz, Camilo Cola, Colbert Martins, Fátima Pelaes, Mauro Nazif e Roberto Britto.

Sala da Comissão, em 8 de dezembro de 2010.

Deputado VIEIRA DA CUNHA
Presidente

PROJETO DE LEI N.º 352, DE 2019

(Do Sr. Alexandre Padilha)

Dispõe sobre o consentimento informado e instruções prévias de vontade sobre tratamento de enfermidade em fase terminal de vida.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-3002/2008. EM RAZÃO DESTA APENSAÇÃO, INCLUA-SE A CFT QUE DEVERÁ SE MANIFESTAR QUANTO À ADEQUAÇÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA DA PROPOSIÇÃO.

O Congresso Nacional decreta:

Capítulo I

Das disposições preliminares.

Art. 1º. A presente Lei tem por objeto regular e proteger o exercício do direito das pessoas quanto à informação e à tomada de decisão durante o processo de enfermidade terminal, de modo prévio ou concomitante a ela, os deveres e direitos dos profissionais de saúde e as garantias que os serviços de saúde públicos e privados estão obrigados a oferecer nesse processo.

Parágrafo único. Esta lei regula, em todo o território nacional, os direitos dos pacientes em seu processo de enfermidade terminal, seja nos serviços de saúde ou em seu domicílio, aos seus representantes, familiares, profissionais de saúde e estabelecimentos de saúde com sede no Estado, sem distinção entre serviços públicos e privados.

Art. 2º. São fundamentos da presente Lei, o respeito à dignidade da pessoa em seu processo de grave enfermidade, a garantia de sua autonomia, intimidade, confidencialidade de seus dados de saúde sob todas as formas e liberdade na expressão de sua vontade, em acordo aos seus valores, crenças e desejos.

Parágrafo único. A manifestação da vontade do paciente pode ser expressa durante o processo de enfermidade terminal ou de forma antecipada, na forma desta Lei, tanto para aceitar como para recusar tratamentos, interrompê-los, mediante informação adequada dos profissionais de saúde.

Capítulo II

Das Definições

Art. 3º. Para o efeito desta Lei, considera-se:

I - consentimento informado sobre o processo terminal de vida: a manifestação livre, voluntária e consciente do paciente, em pleno uso de suas faculdades, depois de receber informações adequadas que lhe permita decidir com clareza a respeito do que afeta a sua saúde, de não se submeter a determinados processos em função de suas convicções e valores pessoais;

II – cuidados paliativos: o conjunto coordenado de ações destinado a garantia do cuidado integral à saúde de paciente com enfermidade que não responde a tratamentos curativos, sendo necessário o controle da dor e de outros sintomas, assim como assistência psicológica, social e espiritual, hospitalar ou domiciliar, visando preservar a melhor qualidade de vida possível;

III – documento com instruções prévias de vontade: Documento realizado pelo paciente, em conjunto ou não com profissionais de saúde, destinado a dispor sobre sua vontade futura em caso de enfermidade que o levem ao processo terminal de vida, para recusar ou aceitar tratamentos, sob todas as suas formas;

IV – adequação do esforço terapêutico: conduta terapêutica que mantenha compatibilidade com prognóstico que demonstre a irreversibilidade do fim da vida, quando, então, abandonar terapias que mantêm artificialmente a vida, é o mais razoável em relação à dignidade, consistindo em uma boa prática clínica e uma obrigação moral dos profissionais;

V – obstinação terapêutica e diagnóstica: Situação terminal de um paciente em decorrência de uma enfermidade irreversível em que se iniciam ou se mantêm medidas de suporte vital ou se realizam intervenções sem utilidade clínica real, desproporcional ou extraordinária que unicamente visam prolongar a vida biológica, sem possibilidades reais de melhoras ou recuperação do paciente, consistindo numa má prática clínica e uma falta deontológica;

VI – representante: pessoa maior de idade, capaz, que dá seu consentimento para atuar como representante do paciente e que foi designada em documento de instruções prévias de vontade, ou em razão de escolha durante o processo de enfermidade grave, ou ainda em acordo à legislação civil;

VII – processo terminal de vida: decorre de uma situação de enfermidade ou de um acidente, da seguinte forma:

a) se entende por situação terminal aquela em que o paciente apresenta uma enfermidade avançada, incurável e progressiva, sem possibilidade razoável de resposta a tratamento específico, com prognóstico de vida limitado a semanas ou meses quando deve ser realizada assistência paliativa específica;

b) se entende por situação de agonia a fase gradual que precede a morte e que se manifesta

cl clinicamente por uma deterioração física grave, debilidade extrema, transtornos cognitivos e de consciência, dificuldade de ingesta e prognóstico vital de poucos dias.

VIII – Prontuário Clínico do Paciente: conjunto de documentos relativos aos processos assistenciais de cada paciente, com a identificação dos médicos e dos demais profissionais com intervenção nesse processo, com o objetivo de obter a máxima integração da documentação clínica de cada paciente no âmbito de cada serviço de saúde público ou privado que permita a construção da história clínica do paciente com o fim de garantir assistência adequada, protegido pelo segredo profissional e todas as demais formas de confidencialidade de dados de proteção do direito à intimidade das pessoas.

Parágrafo único. Ambas as definições do inciso VII deste artigo, se aplicam às pessoas que tenham sofrido acidente incompatível com a vida, com a deterioração extrema e graves transtornos.

Capítulo III

Dos direitos da pessoa em seu processo de enfermidade terminal.

Art. 4º. A pessoa em seu processo de enfermidade terminal tem o direito de receber toda a informação necessária sobre seu diagnóstico e prognóstico, adaptada às suas condições cognitivas e sensoriais, que deve guardar consonância com a sua história clínica como paciente, em acordo às anotações em seu prontuário clínico de saúde.

§ 1º. A pessoa com diagnóstico de enfermidade irreversível e progressiva com possibilidade de perda progressiva da autonomia ou de vir a falecer em consequência do mal que a acomete, tem o direito de ser informada prontamente sobre a possibilidade de formular instruções prévias de vontade sobre a sua saúde, a fim de lhe garantir tempo para tomada de decisão refletida, de forma antecipada.

§ 2º. O direito à informação prevista no “caput” deste artigo pode ficar limitada nos casos de grave risco à integridade física ou psíquica da pessoa, devendo o médico responsável anotar em seu prontuário clínico de saúde tal fato, comunicando às pessoas com vínculo de parentesco, de representação, de amizade ou de afeto com o paciente.

§ 3º. A pessoa tem o direito de receber a informação por escrito sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento relacionado ao seu estado de saúde para obter uma segunda opinião.

Art. 5º. As pessoas menores de idade, na forma da lei, em seu processo de enfermidade terminal, têm o direito de:

I – receber informações adaptada à sua idade, maturidade, desenvolvimento intelectual e psicológico, sobre o conjunto de tratamento médico e cuidados paliativos e as perspectivas

positivas que estes lhes oferecem;

II – ser atendidas de maneira individualizada, e sempre que possível, pela mesma equipe de saúde;

III – estar acompanhada o máximo de tempo possível durante sua internação hospitalar pelos pais e mães ou pessoas que as substituam, salvo quando isso puder prejudicar o seu tratamento;

IV – manter contato com os pais e mães, ou com as pessoas que os substituam, em momentos de tensão e dificuldades;

V – ser hospitalizadas junto com outros menores, evitando-se por todos os meios o compartilhamento com habitação de adultos;

VI – a pessoa adulta que representar a menor de idade, somente dará a sua opinião depois de haver escutado a opinião da criança, devendo ser respeitada a pessoa que foi emancipada, na forma da lei, a qual deverá representar a si mesma, desde que o possa fazê-lo;

VII – as decisões dos representantes das pessoas menores de idade devem ser tomadas a favor de sua vida e saúde e quando pairar qualquer dúvida ao contrário, deverá ser dado conhecimento à autoridade competente.

Art. 6º. É direito da pessoa em sua fase terminal de vida, o acompanhamento por terceiros, desde que não seja incompatível com o conjunto de medidas necessárias à atenção à sua saúde.

Parágrafo único. Deve ser facilitado ao paciente acesso a auxílio espiritual, conforme suas convicções e crenças, sempre e quando as mesmas não interferirem com a atuação da equipe de saúde.

Capítulo IV

Do direito à tomada de decisão informada.

Art. 7º. A pessoa tem o direito de conhecer toda a informação disponível sobre a sua saúde, durante enfermidade terminal para, em acordo à sua vontade, concordar ou recusar intervenções e tratamentos propostos pelos profissionais de saúde que visem tão somente prolongar sua vida em razão da existência de determinadas tecnologias ou medicamentos paliativos, sem possibilidade de recuperação de sua saúde.

Art. 8º. O direito de concordar ou negar-se a receber uma intervenção ou tratamento, ou a decisão de interrompê-lo, poderá ser feito durante o processo da enfermidade, por si ou por representante livremente escolhido ou familiares, na forma desta lei.

Parágrafo único. O consentimento informado ou a negativa esclarecida do paciente,

livremente revogável a qualquer tempo, deve ser feito de modo documentado, assinado por si ou por seu representante, devendo essa manifestação do paciente ser anotada em seu prontuário clínico para compor a sua história clínica.

Art. 9º. Quando, a critério do médico responsável, a pessoa em tratamento não for capaz de tomar decisões ou o seu estado físico ou psíquico não lhe permita conhecer toda a situação e compreender as informações para dar o seu consentimento de modo esclarecido, sem haver instruções prévias mencionadas no artigo 10 desta Lei, deverá ser observada a seguinte ordem de representação, em acordo aos ditames do Código Civil quanto à capacidade civil:

I – a pessoa designada como representante no documento sobre instruções prévias de vontade;

II – cônjuge ou companheiro ou companheira;

III – os parentes de grau mais próximo, desde que de maior idade;

IV – a pessoa que mantém ligação de amizade e afeto com o paciente, de modo reconhecido;

V – a pessoa a cargo de sua assistência ou cuidado com a saúde;

VI – na ausência de todos os mencionados acima, o médico responsável pelo cuidado do paciente.

§ 1º. As situações de incapacidade não suprimem o direito de o paciente ser esclarecido e participar do processo de tomada de decisão, conforme for o seu grau de discernimento, tampouco o de deixar de garantir ao seu representante todas as informações necessárias.

§ 2º - Para apoio à interpretação da vontade do paciente deve ser levado em conta seus desejos prévios formulados no dia a dia de sua vida, em acordo aos seus valores de vida.

Capítulo V

Das instruções prévias da vontade em saúde.

Art. 10. É garantido a toda pessoa capaz, nos termos desta lei, o direito de planejar, de modo antecipado, suas decisões ante possíveis hipóteses do que pode lhe ocorrer no decurso de uma enfermidade, mediante instruções prévias a respeito de condutas terapêuticas no momento de privação da manifestação da vontade, deixando expressa suas escolhas sobre consentimento ou recusa em relação a testes diagnósticos, terapias, procedimentos, medicamentos, tratamentos e outras condutas terapêuticas.

Parágrafo único. Poderá ser indicado pela pessoa, nas suas instruções prévias de vontade, um seu representante, pessoa capaz na forma da legislação civil, para a tomada de decisão nas ocasiões em que não lhe for possível fazê-lo autonomamente.

Art. 11. Os profissionais de saúde farão anotar no prontuário clínico do paciente esta informação quando houver, e o exigirão nos casos em que se fizer necessário.

Art. 12. Quando o médico responsável pelo tratamento divergir da vontade do paciente, deverá ser comunicada à direção do serviço de saúde, que adotará imediatamente as medidas necessárias para garantir o respeito, à vontade e dignidade do paciente.

Capítulo VI

Dos cuidados paliativos.

Art. 13. Todas as pessoas com enfermidade terminal têm o direito de receber, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ou de serviço privado de saúde, respeitada a sua dignidade e vontade livremente manifestada, cuidados integrais paliativos de qualidade, incluída sedação paliativa da dor ou de qualquer outro sintoma que produza sofrimento.

Parágrafo único. Os cuidados paliativos integrais podem ser ministrados de modo domiciliar ou em instituição indicada pela família ou representante legal, desde que esta opção não seja contraindicada tanto por critério médico como pela ausência, no cuidado domiciliar, de pessoas capazes de promover o cuidado do paciente.

Art. 14. Será garantida aos pacientes em fase terminal informação sobre seu estado de saúde e sobre os objetivos dos cuidados paliativos que receberem durante o processo e de acordo às suas necessidades e preferências.

Art. 15. Os serviços públicos e privados garantirão aos pacientes em situação terminal atendimento preferencialmente em regime de habitação individual com nível de conforto e intimidade necessárias ao seu estado de saúde, desde que suas necessidades especiais não sejam prejudicadas, podendo estar permanentemente acompanhados por uma pessoa de sua família ou em acordo as suas preferências ou instruções prévias.

Parágrafo único. Os serviços de saúde público e privado prestarão apoio e assistência às pessoas cuidadoras e famílias de pacientes em processo final de vida, tanto para os que estão internos ou em atendimento domiciliar.

Art. 16. A negativa de um profissional de saúde quanto à garantia do direito do paciente de receber cuidados paliativos integrais, será comunicado imediatamente à direção do serviço, que deverá tomar as medidas necessárias para garantir o respeito à vontade e à dignidade do paciente.

Capítulo VII

Deveres dos profissionais de saúde no atendimento de pacientes em fase final de vida.

Art. 17. Os profissionais de saúde no campo de sua atuação devem garantir o cumprimento

do direito dos pacientes a serem informados sobre diagnóstico e prognóstico de sua enfermidade.

§ 1º. Os profissionais devem manter coerência entre a história clínica e a informação prestada sobre o diagnóstico e prognóstico da enfermidade ao paciente ou seu representante.

§ 2º. A informação deve ser compreensível, adaptada e proporcional à compreensão do paciente e tanto a recusa como o consentimento devem ser documentados, assinados pelo paciente ou por representante e registrada em seu prontuário clínico.

Art. 18. Os médicos e demais profissionais de saúde, antes de propor qualquer intervenção médica a uma pessoa em fase terminal de vida, deve assegurar-se de que a mesma está clinicamente indicada, fazendo uma análise clínica com fundamento no estado da ciência, na evidência científica disponível, no conhecimento profissional, experiência e no estado clínico, gravidade e prognóstico da pessoa afetada.

Parágrafo único. A atuação dos profissionais mencionados neste artigo, deverá estar em consonância com a história clínica do paciente.

Art. 19. Quando o profissional concluir pela indicação de uma intervenção deverá informar e obter o consentimento livre e voluntário da pessoa que poderá aceitar ou eleger outras opções clínicas disponíveis, ou recusá-las na forma desta lei.

Art. 20. A equipe profissional deverá adequar e limitar o esforço terapêutico de modo proporcional à situação do paciente, evitando intervenções e medidas carentes de utilidade clínica, sem descuidar de atuações que garantam o devido cuidado e bem-estar do paciente.

Art. 2. Todos os profissionais de saúde têm a obrigação de respeitar os valores, crenças e preferências dos pacientes na tomada de decisão clínica, nos termos desta lei, devendo abster-se de impor critério pessoais.

Art. 22. O cumprimento da vontade manifestada de modo informado pelo paciente, na forma prevista nesta lei, excluirá qualquer responsabilidade das atuações dos profissionais dedicadas a dar cumprimento à vontade do paciente, excetuadas as possíveis más práticas por parte do profissional de saúde.

Art. 23. Os profissionais de saúde estão obrigados a:

- I – proporcionar aos pacientes, informações acerca de seu direito de formular instruções prévias de vontade;
- II – registrar em seu prontuário clínico a existência ou não de instruções prévias;
- III – respeitar os valores pessoais e as instruções contidas nas declarações prévias de vontade;

IV – fazer constar do prontuário clínico do paciente a sua incapacidade de tomar decisão, quando for o caso.

Art. 24. Para uma avaliação segura da incapacidade do exercício do direito de tomada de decisão de modo autônomo, o profissional de saúde deverá contar com a opinião de outros profissionais implicados diretamente na atenção do paciente, bem como consultar a família para tomar conhecimento de sua opinião.

Capítulo VIII

Dos deveres dos serviços de saúde.

Art. 25. Os serviços de saúde públicos e privados se obrigam a:

I – dar ampla divulgação quanto à possibilidade de a pessoa fazer instruções prévias de vontade quanto ao possível processo de enfermidade terminal;

II – dispor de profissionais e meios para prestar cuidados paliativos integrais, de qualidade;

III – contar com documentos informativos necessários ao adequado conhecimento dos direitos garantidos pela presente Lei, os quais deverão ainda ser entregues aos pacientes e ser afixados em espaço visível para a efetividade da informação;

IV – garantir formação continuada específica para os profissionais de saúde no processo de enfermidade terminal, cuidados paliativos e terapia da dor.

Capítulo IX

Dos Comitês de Ética Assistencial.

Art. 26. Os serviços de saúde públicos e privados estarão vinculados a um Comitê de Ética Assistencial, com funções de assessoramento nos casos de decisões clínicas conflituosas no campo da ética.

§ 1º. As informações emitidas pelo Comitê, em nenhum caso, substituirão as decisões que tenham que adotar os profissionais de saúde.

§ 2º. Em casos de divergência entre os profissionais de saúde e os pacientes ou seu representante, entre estes e os serviços de saúde em relação à atenção prestada no processo de enfermidade terminal, poderá ser solicitado, por escrito, o assessoramento do Comitê de Ética Assistencial que poderá propor alternativas ou soluções éticas às decisões clínicas controvertidas.

§ 3º. As pessoas integrantes dos Comitês de Ética Assistencial estão obrigadas a proteger a confidencialidade de todos os dados fornecidos pelos profissionais de saúde, pacientes, familiares, representantes e sobre os conteúdos das deliberações emitidas pelo Comitê, sob

todas as formas.

Capítulo X

Do acompanhamento da implementação da presente lei.

Art. 27 - Esta Lei será avaliada a partir do primeiro ano de sua vigência pelo gestor nacional do Sistema Único de Saúde, que elaborará documento sobre o processo de enfermidade terminal no país e com informações significativas sobre implementação da Lei, o grau de satisfação dos cidadãos, a efetividade real da proteção dos direitos regulados nesta Lei, e outros aspectos que possam contribuir para o seu aprimoramento.

Parágrafo único. O documento referido no caput. será atualizado com regularidade a ser definida pelo gestor nacional do SUS, com a finalidade de permitir avaliar com periodicidade a sua aplicação e efeitos, devendo ser tornada pública por todos os meios permitidos, em especial mediante apresentação ao Conselho Nacional da Saúde e ao Conselho Federal de Medicina.

Capítulo XI

Das sanções

Art. 28. O descumprimento da presente Lei será punido com sanção administrativa e pecuniária, na forma prevista em Ato do órgão gestor do SUS, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, devendo as penas ser classificadas para a sua dosimetria, em leve, grave e gravíssima.

Capítulo XII

Das disposições finais.

Art. 29. O órgão gestor do SUS, para a melhor aplicação da presente Lei e visando ao seu melhor cumprimento em relação aos cuidados paliativos, promoverá medidas necessárias para disponibilizar no Sistema Único de Saúde (SUS) serviços adequados aos cuidados paliativos e terapia da dor e equipe de suporte.

Art. 30. O documento de instruções prévias de vontade é um documento sanitário declaratório, particular, que deverá ser feito por escrito, assinado pelo autor, na presença de duas testemunhas, todas em pleno gozo de suas capacidades civis e cognitivas, devendo as assinaturas ser reconhecidas, na forma da lei e o documento identificar civilmente o autor e as duas testemunhas.

Parágrafo único. Os serviços de saúde devem divulgar amplamente a possibilidade de as pessoas declararem, de modo documental, suas instruções prévias sobre seu processo terminal de vida, em todos os serviços de atenção à saúde, da atenção básica à de alta

complexidade.

Art. 31. O prontuário clínico do paciente deve fazer constar a informação da existência de documento de instruções prévias, quando houver e isso for informado pelo paciente ao médico que o atende, bem como as demais formas de registro eletrônico de dados de saúde do paciente, deverão permitir constar essa informação.

Art. 32. A presente lei entra em vigor no prazo de 180 dias da data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A presente proposta baseia-se na Lei estadual de autoria do ilustre Deputado Estadual Carlos Neder (PT/SP) recentemente aprovado na Assembleia Legislativa de SP, que tem como objetivo regular e proteger o exercício do direito das pessoas quanto à informação e à tomada de decisão durante o processo de enfermidade terminal, de modo prévio ou durante o tratamento, os deveres e direitos dos profissionais de saúde e as garantias que os serviços de saúde públicos e privados estão obrigados a oferecer nesse processo.

Nas últimas décadas, temos testemunhado o grande avanço tecnológico na área de saúde, o que tem contribuído para o prolongamento da vida por meio de suporte clínico intensivo. De um lado, não se pode negar que os avanços trouxeram benefícios para diversas pessoas com doenças graves. Por outro lado, no entanto, surgiram inúmeros questionamentos no campo da bioética, principalmente no que se refere a temas como a terminalidade da vida e a autonomia das pessoas em decidir sobre os tratamentos aos quais desejam se submeter, especialmente daquelas com doença em estágio avançado e sem nenhuma perspectiva de cura.

Conforme descrito na justificativa do projeto de lei do Deputado Carlos Neder:

“...sofrimento e a morte são partes do processo natural de vida e os avanços tecnológicos da medicina precisam de adequado uso durante o processo de enfermidade terminal. O respeito à autonomia do paciente precisa ser respeitado e regulado em relação à atenção clínica, paliativa, à terapia da dor, para proteger as preferências do paciente e sua tomada de decisão.”

Países como a Espanha, a Itália, a própria União Europeia em sua Carta de Direitos Fundamentais, têm inserido no ordenamento jurídico regramentos de proteção à autonomia dos direitos do paciente e as obrigações médicas, como a informação clínica, o consentimento informado, o direito de dispor previamente sobre suas escolhas em caso de enfermidade terminal e perda da consciência, tendo essas leis inspirado o presente projeto.

A atenção integral no processo de enfermidade terminal compreende a terapia da

dor, cuidados paliativos hospitalares e domiciliares, e o direito ao esclarecimento clínico em respeito à autonomia do paciente para garantir seu direito de escolha, seja por disposição prévia ou no momento da enfermidade, por si ou por outrem, seu representante.

Também se entendeu a importância de deixar clara a ausência de responsabilidade da instituição de saúde e de seus profissionais no caso de recusa do paciente a se submeter a determinadas terapias, tendo o projeto de lei se preocupado com essa normativa.

Desse modo, trata-se o projeto de um conjunto de normas que regula direitos e garantias das pessoas em seu processo de doença terminal, situação de agonia, para que não haja dúvidas jurídicas quanto à limitação de intervenção terapêutica por vontade própria. O projeto trata ainda do uso inadequado de medidas de suporte vital, limitando-se o esforço terapêutico nos casos em que se demonstrem inadequados à situação de enfermidade terminal.”

Importante também considerar que, sobre o tema, vigora atualmente no Sistema Único de Saúde (SUS) a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.820 de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, conhecida como Carta dos Direitos do Paciente, a qual regula a relação entre usuários, serviços e profissionais de saúde, com base nas especificidades técnicas do SUS. Além disso, a matéria é também regulada pelas Resoluções nº 1.805, de 9 de novembro de 2006, que permite 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; e a Resolução nº 1.995, de 31 de agosto de 2012, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Não obstante, entendemos ser apropriada e necessária a aprovação de uma norma de nível legal que disponha sobre os direitos dos pacientes nos serviços de saúde, para aumentar a segurança jurídica e a qualidade do atendimento, além de prover maior proteção às pessoas hipossuficientes e garantir a previsibilidade da relação jurídica entre pacientes, serviços e profissionais de saúde.

Ante o exposto, na certeza de que este projeto avança nos direitos e garantias das pessoas em processo de enfermidade terminal, contribuindo para a garantia da atenção terapêutica e à autonomia das pessoas, solicitamos o apoio dos nobres pares para a aprovação da presente proposta.

Sala das Sessões, em 04 de fevereiro de 2019.

Deputado Alexandre Padilha
PT/SP

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
Seção de Legislação Citada - SELEC

PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009

Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições previstas no inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando os arts. 6º e 196 da Constituição Federal;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde a organização e funcionamento dos serviços correspondentes; e

Considerando a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, de 2003, do Ministério da Saúde; e

Considerando a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, de 2007, do Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Dispor sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde nos termos da legislação vigente.

Art. 2º Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

§ 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa.

§ 2º Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade.

§ 3º Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema.

§ 4º O encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação.

§ 5º Quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço, acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios.

RESOLUÇÃO Nº 1.805, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2006

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.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”;

CONSIDERANDO que cabe ao médico zelar pelo bemestar dos pacientes;

CONSIDERANDO que o art. 1º da Resolução CFM nº 1.493, de 20.5.98, determina ao diretor clínico adotar as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;

CONSIDERANDO que incumbe ao médico diagnosticar o doente como portador de enfermidade em fase terminal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 9/11/2006, resolve:

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 a seu 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 a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente do Conselho

LÍVIA BARROS GARÇÃO
Secretária



RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012

[\(Publicada no D.O.U. de 31 de agosto de 2012, Seção I, p.269-70\)](#)

Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO a necessidade, bem como a inexistência de regulamentação sobre diretivas antecipadas de vontade do paciente no contexto da ética médica brasileira;

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a conduta do médico em face das mesmas;

CONSIDERANDO a atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as diretivas antecipadas de vontade;

CONSIDERANDO que, na prática profissional, os médicos podem defrontar-se com esta situação de ordem ética ainda não prevista nos atuais dispositivos éticos nacionais;

CONSIDERANDO que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo;

CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 9 de agosto de 2012,

RESOLVE:

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.

§ 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.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2012

ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-geral

FIM DO DOCUMENTO
