

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Janaina Thais Daniel Varalli

A morte digna, direito fundamental

Doutorado em Direito

São Paulo

2017

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Janaina Thais Daniel Varalli

A morte digna, direito fundamental

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Doutora em Direito, na subárea Direito das Relações Econômicas Internacionais, sob a orientação do Prof. Dr. Carlos Roberto Husek.

São Paulo

2017

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Janaina Thais Daniel Varalli

A morte digna, direito fundamental

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Doutora em Direito, na subárea na subárea Direito das Relações Econômicas Internacionais, sob a orientação do Prof. Dr. Carlos Roberto Husek.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Banca Examinadora

Professor Doutor Carlos Roberto Husek (Orientador).  
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)  
Julgamento \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Professor Doutor \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_

Professor Doutor \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_

Professor Doutor \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_

Professor Doutor \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_  
Julgamento \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_

*Dedico esta pesquisa a todos os que gostam de estudar e encontram nos livros o refúgio e o conhecimento; a todos os que amam a liberdade e que já descobriram que não pode haver liberdade sem conhecimento e vice-versa.*

Agradecimento inicial à Capes pela concessão de bolsa de estudos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço imensamente a Deus por me guiar e permitir, a minha família, em especial ao meu esposo. Agradeço aos professores que até hoje me ajudam, desde os que atuaram na minha educação básica, me alfabetizaram, até os professores do curso de Doutorado, especialmente ao meu orientador Prof. Dr. Carlos Roberto Husek, por ter acreditado no tema.

*Tolice afligir-se com a espera da morte, pois se trata de algo que, uma vez vindo, não causa mal. Assim, o mais espantoso de todos os males, a morte, não é nada para nós, pois enquanto vivemos, ela não existe, e quando chega, não existimos mais. Não há morte, então, nem para os vivos nem para os mortos, porquanto para uns não existe, e os outros não existem mais. Mas o vulgo, ou a teme como o pior dos males, ou a deseja como termo para os males da vida. O sábio não teme a morte, a vida não lhe é nenhum fardo, nem ele crê que seja um mal não mais existir. Assim como não é a abundância dos manjares, mas a sua qualidade, que nos delicia, assim também não é a longa duração da vida, mas seu encanto, que nos apraz. Quanto aos que aconselham os jovens a viverem bem, e os velhos a bem morrerem, são uns ingênuos, não apenas porque a vida tem encanto mesmo para os velhos, como porque o cuidado de viver bem e o de bem morrer constituem um único e mesmo cuidado.*

(Epicuro, **A conduta na vida**)

## RESUMO

O principal objetivo desta pesquisa é investigar o direito à morte digna como verdadeiro direito fundamental do indivíduo. Parte-se da premissa de que se a legislação nacional e internacional protegem o direito à vida digna, como se depreende da leitura sistemática e teleológica dos artigos 5º e 225 da Constituição Federal e de documentos internacionais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, deve-se reconhecer o direito à vida digna em todas as fases de existência do sujeito, mesmo quando ele está em fase terminal. Para desenvolver o estudo foram analisados os princípios da Bioética e do Biodireito, os conceitos de eutanásia, ortotanásia, suicídio assistido e distanásia, bem como dos cuidados paliativos. Analisou-se também o papel do Estado como garantidor do direito à vida, mas também como garantidor da liberdade e da autonomia na esfera privada. Foram investigados casos emblemáticos a respeito do assunto, para se observar o estágio atual da discussão e da legislação, no Brasil e no mundo. O direito à morte digna, seja por meio da eutanásia voluntária ou do suicídio assistido, é um desdobramento do direito à vida digna e pode ser exercido por aquele que tem consciência, está informado de suas condições clínicas e opções, privilegiando-se a decisão autônoma do sujeito a respeito da submissão a determinados tratamentos e procedimentos médicos e a respeito da duração da vida, o que pode ser previsto no instrumento denominado de diretrizes antecipadas. Se a vida é um direito, então, não pode se transformar em verdadeiro fardo.

**Palavras-chave:** Direito à vida. Direito à morte digna. Direito fundamental. Eutanásia. Suicídio assistido. Diretrizes antecipadas.

## **ABSTRACT**

The main objective of the work is to investigate the right to a dignified death as a true fundamental right of the individual. The premise is that if national and international legislation protects the right to a dignified life, as can be seen from the systematic and teleological reading of articles 5 and 225 of the Federal Constitution and international documents such as the Universal Declaration of Human Rights, one must recognize the right to the dignified life in all the phases of existence of the subject, even when it is in terminal phase. In order to develop the study, the principles of bioethics and biolaw, the concepts of euthanasia, orthothanasia, assisted suicide and dysthanasia, as well as palliative care were analyzed. The role of the State as guarantor of the right to life was also analyzed, but also as a guarantor of freedom and autonomy in the private matters. Emblematic cases have been investigated in order to observe the current stage of discussion and legislation in Brazil and in the world. The right to a dignified death, whether through voluntary euthanasia or assisted suicide, is an unfolding of the right to a dignified life and can be exercised by those who are aware, informed of their clinical conditions and options, privileging the autonomous decision of the subject to submission to certain medical treatments and procedures and regarding the duration of life, which can be foreseen in the instrument called advance directives. If life is a right it can not become a real burden.

**Keywords:** Right to life. Right to death. Fundamental right. Euthanasia. Assisted suicide. Advance directives.

## RIASSUNTO

L'obiettivo principale di questo lavoro è studiare il diritto a una morte dignitosa come vero diritto fondamentale dell'individuo. La premessa è che la legislazione nazionale e internazionale protegge il diritto alla vita dignitosa, come appare dalla lettura sistematica e teleologica degli articoli 5 e 225 della Costituzione federale e dei documenti internazionali, come la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, deve essere riconosciuto il diritto alla vita dignitosa in tutte le fasi dell'esistenza del soggetto, anche quando è in fase terminale. Per esplorare ulteriormente i principi di bioetica e biodiritto sono stati analizzati, i concetti di eutanasia, orthothanasia, suicidio assistito e l'accanimento terapeutico e cure palliative. È stato anche analizzato il ruolo dello Stato come garante del diritto alla vita, ma anche come garante della libertà e dell'autonomia nel dominio privato. Sono stati studiati i casi emblematici in materia, al fine di osservare lo stato attuale della discussione e della legislazione in Brasile e in tutto il mondo. Il diritto alla morte con dignità, sia attraverso l'eutanasia volontaria o il suicidio assistito, è sdoppiamento del diritto ad una vita dignitosa e può essere esercitato da colui che è consapevole, è informato delle loro condizioni cliniche e le opzioni, dando la priorità alla decisione autonoma soggetto per quanto riguarda la presentazione di alcuni trattamenti e procedure mediche e circa la lunghezza della vita, che può essere fornito per strumento chiamato direttive anticipate. Se la vita è un diritto non può diventare in un peso.

**Parole chiavi:** diritto alla vita; diritto alla morte degna; diritto fondamentale; l'eutanasia; suicidio assistito; direttive anticipate.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	O DIREITO À VIDA E SUAS DIMENSÕES	16
2.1	Início e fim da vida	20
2.2	Abreviação e prolongamento da vida	28
2.2.1	Eutanásia, ortotanásia e suicídio assistido	28
2.2.2	Cuidados paliativos	39
2.2.3	Distanásia	43
3	BIOÉTICA E BIODIREITO	48
3.1	Princípio da autonomia	53
3.2	Princípio da beneficência	58
3.3	Princípio da justiça	63
4	MORTE	68
4.1	Tabu e abordagem histórica	68
4.2	Suicídio. O desejo de terminar a vida	78
5	DIREITO DE MORRER E A DIGNIDADE HUMANA	86
5.1	Dignidade humana e o papel do Estado	112
5.2	Disposições de vontade. Diretrizes antecipadas de vontade	125
6	O DIREITO À MORTE DIGNA EM OUTROS PAÍSES	133
6.1	Terri Schiavo, um caso americano	145
6.2	Eluana Englaro, um caso italiano	146
6.3	Ramon Sampedro, um caso espanhol	148
6.4	Aruna Shanbaug, um caso indiano	149
6.5	Diane Pretty, um caso inglês	152
7	CONCLUSÃO	155
	REFERÊNCIAS	161
	ANEXOS	
	ANEXO 1 - Modelo de diretriz antecipada de vontade	
	ANEXO 2 - Modelo norte-americano de diretriz antecipada de vontade	

## 1 INTRODUÇÃO

Não há escapatória para a morte. Tão antiga e natural quanto o ser humano, é sua luta contra ela, embora se saiba desde o início que é uma luta perdida. A morte amedronta e fascina, assusta e intriga e, por isso, sempre esteve presente na história da humanidade, que retrata e discute o assunto na literatura, na pintura, na escultura e em toda manifestação de arte em geral. O tema é conflituoso e inesgotável.

A filosofia tem na morte um de seus principais questionamentos. Mas, por se tratar de um acontecimento jurídico relevante, considerando as suas consequências, como a sucessão hereditária, também a lei se ocupa de tratar da morte sob vários aspectos, como o civil, o administrativo e o penal, dentre outros. Fato é que o Direito é uma ciência social aplicada e como tal, funciona como instrumento para regular e disciplinar a vida social em todos os seus aspectos, o que inclui a morte.

O tema escolhido para o desenvolvimento desta dissertação é a morte digna, com o propósito de levantar reflexões, no âmbito jurídico, sobre a morte e o processo de morrer frente à dignidade humana e à autonomia do paciente. O norte da pesquisa será a possibilidade de considerar a escolha de morrer, em algumas situações, um verdadeiro direito do sujeito, a ser respeitado por todos e pelo Estado, além de conhecer a legislação internacional a respeito do tema e analisar decisões de cortes estrangeiras e internacionais envolvendo a matéria.

Com efeito, ao se tratar do que pode ser denominado “direito de morrer”, levantam-se questões de ordem jurídica, política, social, filosófica e religiosa. Por isso, afirma-se que o tema é polêmico e, muito embora já tenha sido tratado sob vários enfoques, está longe de ser esgotado. Trata-se de tema ainda bastante discutido, como pretendemos demonstrar, e que merece uma reflexão, por parte dos operadores do Direito, serena e livre de preconceitos.

A pesquisa foi realizada com base na legislação nacional e internacional, na doutrina sobre o tema e sob a metodologia de pesquisa bibliográfica e jurisprudencial.

Analisa-se a questão sob a ótica jurídica, com ênfase na dignidade humana. Como o Direito é uma criação humana, as questões religiosas, filosóficas e psicológicas contribuíram para sua formação, além de fazerem parte da história da humanidade – daí não serem deixadas de lado.

O que se procurará estudar é se existe o chamado “direito de morrer”, “direito à morte digna” ou “direito à morte assistida”. Em caso afirmativo, se poderia ser exercido em algumas situações específicas e sob quais condições.

Muito se fala a respeito do direito à vida e suas implicações, mas o direito de morrer, em comparação, é pouco tratado. A pesquisa pretende enfrentar alguns questionamentos, dentre eles: Qual o conteúdo ou as dimensões do direito à vida? Há um direito de morrer? Pode tal direito ser erigido à categoria de direito fundamental? Sendo direito, qual o seu limite e quais os requisitos para o seu exercício? Como é a atuação da comunidade internacional (países e organizações internacionais) em relação ao tema? A dificuldade está demonstrada pela discussão a respeito de qual termo seria o mais correto – morte assistida, morte assistida por médico ou morte digna, dentre outras possibilidades.

A questão envolve o interesse de toda humanidade, uma vez que qualquer ser humano pode encontrar-se na situação de não desejar mais prolongar a vida, entendendo-a como um verdadeiro fardo. Portanto, importa questionar qual o sentido e o motivo, por exemplo, do prolongamento artificial da vida contra a vontade do paciente e se é justo e legal que isto seja feito; em outras palavras, qual a justificativa, necessidade ou direito de se impor a vida, que, desta maneira, deixa de figurar no rol dos direitos do ser humano para se tornar uma verdadeira imposição.

Muitos países já se preocupam com a regulação da morte assistida, que envolve tanto a eutanásia quanto o suicídio assistido, conceitos a serem trabalhados nesta dissertação. O assunto tem sido amplamente

discutido em todo mundo. A Holanda é o país pioneiro neste debate ao aprovar uma lei permitindo a eutanásia desde que atendidos certos critérios legais.

Por meio do estudo de obras produzidas sobre o tema, serão abordados os conceitos de eutanásia, ortotanásia, suicídio assistido, cuidados paliativos e distanásia. Uma boa compreensão destes conceitos é fundamental para o estudo proposto, até porque, muitas vezes, existe uma confusão envolvendo os termos e classificações daí advindas.

Serão abordados os conceitos e a relação entre a Bioética e o Biodireito com destaque aos princípios bioéticos da autonomia, da beneficência e da justiça, que embasarão, além das normas legais, a discussão proposta.

A morte, justamente por ser o tema central deste estudo, e por ser um tabu, será tratada em capítulo próprio. Nele, sucintamente, pretende-se traçar uma abordagem histórica sobre como a morte era vista no passado e como é enfrentada atualmente, além do seu significado (seja a morte natural, abreviada ou o suicídio). Para tanto, além das questões históricas, serão estudados aspectos culturais e psicológicos envolvendo o assunto.

A abordagem acima identificada servirá como embasamento para, nos capítulos seguintes, fundamentar a discussão sobre a morte e sua relação com a dignidade humana. Se é possível falar em direito à eutanásia (voluntária) e suicídio assistido, é necessário existir um instrumento adequado para dispor a respeito, daí o estudo das diretrizes antecipadas de vontade.

Com o objetivo de demonstrar o estágio atual da discussão no mundo, além da legislação brasileira, serão analisadas, sob uma perspectiva qualitativa, as legislações estrangeiras e as decisões proferidas por cortes internacionais a respeito.

Serão discutidos, ainda, alguns casos emblemáticos, como os de Terri Schiavo, Eluana Englaro e Aruna Shanbaug, que tanto contribuíram para dar destaque ao problema, sob os pontos de vista moral e jurídico, da morte digna.

Em suma, a indagação principal a qual se pretende responder é: O direito de morrer, se é que ele existe, é um direito fundamental?

## 2 O DIREITO À VIDA E SUAS DIMENSÕES

O que é vida? Esta pergunta tem sido objeto de inquietações, estudos e pesquisas desde tempos imemoráveis. Filósofos, médicos, juristas, teólogos – muitos são os que dele se ocuparam e o fazem até hoje.

Vida é, dentre outras definições e aplicações possíveis, o conjunto de propriedades, atividades e funções que caracterizam e distinguem um organismo vivo de um morto; é o período de tempo compreendido entre o nascimento e a morte de um ser vivo. No entanto, o conceito de vida está longe de um consenso; a definição trazida pelo dicionário também é insuficiente para compreendê-la como um todo.

No sentido biológico, o conceito de vida é bastante discutido. Em termos gerais, é possível encontrar alguns pontos em comum nas definições biológicas do que seja vida: capacidade de transformar a energia/matéria externa em processos internos de automanutenção e autogeração; uma rede sustentada por si mesma, de reações sob controle de ácidos nucleicos e proteínas; sistema dotado de autorreprodução, em si mesma ou num organismo correlato; interações funcionais com o meio-ambiente; interdependência das partes dentro do organismo; a habilidade de evoluir. Sob o ponto de vista jurídico, a vida é o bem supremo, sem o qual não há que se falar dos demais, como dignidade, honra ou patrimônio, por exemplo.

O direito à vida é um direito humano (a pessoa o detém pelo simples fato de ser humana, independentemente do reconhecimento pelos Estados) e fundamental (está incluído no texto constitucional brasileiro). Os direitos humanos têm uma dimensão jusnaturalista-universalista (embora se discuta a respeito do caráter universal dos direitos humanos), enquanto os direitos fundamentais têm uma dimensão jurídico-institucional (são limitados no tempo e no espaço). José Joaquim Gomes Canotilho refere-se a este processo como a incorporação de direitos subjetivos do homem em normas

formalmente básicas, subtraindo-se o seu reconhecimento e garantia à disponibilidade do legislador originário.<sup>1</sup>

O Iluminismo (movimento do século XVIII) foi importante no sentido de defender que o homem possui direitos inalienáveis e imprescritíveis, decorrentes da própria natureza humana, que existem independentemente do Estado e devem ser por ele respeitados. Esta ideia foi inspiradora das declarações e dos tratados internacionais.

No âmbito internacional, o direito à vida é previsto nas convenções internacionais e nas Constituições de diversos países. A Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948, em seu artigo 3º, reconhece: “todo homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”. O Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos de 1966 prescreve, em seu artigo 6.1: “o direito à vida é inerente à pessoa humana”. Já a Convenção Americana sobre os Direitos Humanos de 1969 (também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica) prevê, em seu artigo 4º, 1: “toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida”.

Nesse ponto, ressalte-se a importância da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, fruto da Revolução Francesa de 1789, que declarou o caráter universal dos direitos humanos (dentre eles, a vida), dando-lhes um caráter supraestatal. O direito à vida, por ser um direito humano, é um direito inviolável, irrenunciável, imprescritível e inalienável.

Insculpido no ordenamento jurídico brasileiro pela Constituição Federal de 1988, no título “Direitos e Garantias Fundamentais”, o direito à vida é inviolável. Não obstante tal regra, isso não significa que seja um direito absoluto, uma vez que o próprio texto constitucional prevê, como exceção, a pena de morte em caso de guerra declarada (artigo 5º, XLVII, combinado com o artigo 84, XIX, da Constituição Federal de 1988).

Por consequência, cabe ao legislador definir quando poderá haver violação da vida de outrem de maneira legítima, uma vez que não há direito absoluto. Duas hipóteses bastante conhecidas em que eliminar a vida de

---

<sup>1</sup> CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito constitucional e teoria da Constituição**. Lisboa: Almedina, 2003, p.378.

outrem não é uma conduta ilícita são agir em legítima defesa ou estado de necessidade (artigos 23, 24 e 25 do Código Penal). Entretanto, há outras situações que justificariam a licitude do abreviamento da vida de outrem, como forma de concretizar a dignidade humana, tema que será tratado adiante.

Quanto à legislação penal pátria, em relação à morte, as disposições que tratam do *post mortem* sempre dizem respeito aos reflexos e às consequências da morte aos que ainda estão vivos (heranças e legados, por exemplo); no âmbito penal, não se estabeleceram crimes que tenham como sujeito passivo o morto. Os crimes contra o sentimento religioso e respeito aos mortos (artigos 208 a 212 do Código Penal) têm como sujeito passivo a coletividade ou a família do falecido. Assim ocorre com todos os tipos penais previstos na legislação esparsa, como a Lei n.9.434/1997 (Lei dos Transplantes). Não se trata, portanto, de disposições que atinjam a pessoa do falecido.

No âmbito do Direito Penal, a vida é o primeiro bem jurídico protegido, no Capítulo I, Título I: “Dos crimes contra a vida”. A mera exposição da vida ao perigo já é conduta criminosa prevista pelo Código Penal em vários artigos. Como exemplo, citemos os crimes de perigo para a vida ou a saúde de outrem (artigo 132), o incêndio (artigo 250) e a explosão (artigo 251). Mesmo quando trata de delitos que não têm a vida como principal objeto jurídico tutelado, a pena para o condenado será sempre maior nas hipóteses em que a vida for atingida, como, por exemplo, nas situações em que houver lesão corporal seguida de morte (artigo 129, § 3º), latrocínio (artigo 157, §3º) ou extorsão mediante sequestro com resultado morte (artigo 159, §3º) e estupro com resultado morte (artigo 213, §2º).

O primeiro aspecto do direito à vida é poder estar fisicamente vivo. Este critério basta para que haja a proteção jurídica da vida.

Mas vida não se resume a isso. Há um outro aspecto, que diz respeito à saúde física, mental e social. A Organização Mundial de Saúde, no Preâmbulo de sua Constituição (OMS/WHO) de 1946, define saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas

na ausência de doença ou de enfermidade”. Ademais, estabelece: “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano”.<sup>2</sup>

Se um dos aspectos do direito à vida é que esta seja saudável inclusive mentalmente, tem-se que o respeito à qualidade de vida do ser humano é essencial para que o próprio direito à vida seja respeitado. No entanto, quando falamos do direito à vida, não entendemos que seu conceito deva estar restrito à existência física. São indissociáveis do conceito de vida humana a dignidade humana e a qualidade de vida. O direito à vida vai além, e abrange o direito a uma vida saudável, à faculdade de gozar de um satisfatório e adequado *ser*. O conteúdo do direito à vida tem, portanto, dois aspectos: direito de existir (aspecto físico) e direito a um adequado e digno nível de vida. A vida é um direito, e deve ser desfrutada com dignidade.

Doutrinadores como Ingo Sarlet tratam das dimensões negativas e positivas, objetivas e subjetivas do direito à vida. Em sua dimensão negativa, o direito à vida assume a condição de direito de defesa, uma obrigação de abstenção por parte do Estado e dos particulares, gerando uma obrigação de respeito e de não intervenção no âmbito do direito à vida. Em sua dimensão positiva, implica na obrigação, por parte do Estado e de terceiros, de implantarem medidas ativas de proteção a este direito. Na dimensão objetiva, o direito à vida representa um valor, um bem jurídico reconhecido e protegido, do qual decorrem efeitos jurídicos autônomos que refletem na própria esfera subjetiva e ampliam as possibilidades de se proteger e promover os direitos fundamentais: é o dever de proteger a vida por meio de medidas positivas.<sup>3</sup>

O conceito de dignidade humana também é algo tormentoso, uma vez que não há critério objetivo para determiná-la. A concepção do que seja dignidade humana também é bastante discutida. Embora o Direito a reconheça, não lhe dá existência; o Direito reconhece algo que, na realidade, é inerente à pessoa humana. A este respeito, Sarlet menciona:

---

<sup>2</sup> ONU. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova York: [s.n.], 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

<sup>3</sup> SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2015, p.407.

[...] não sendo, portanto, completamente sem razão que se sustentou até mesmo a desnecessidade de uma definição jurídica da dignidade da pessoa humana, na medida em que, em última análise, se cuida do valor próprio, da natureza do ser humano como tal.<sup>4</sup>

Embora seja possível afirmar que o respeito à dignidade humana é direito humano, seu conteúdo é bastante subjetivo. Não se pode olvidar que os direitos humanos são centrados no ser humano de acordo com uma visão ocidental. Não é à toa que autores divergem quanto ao caráter universal ou multicultural dos direitos humanos. Embora não seja o foco deste trabalho, menciona-se o tema apenas para ressaltar a subjetividade da questão; desta feita, os conceitos de vida digna e de morte digna podem variar de acordo com a visão de mundo existente.

## 2.1 Início e fim da vida

A discussão a respeito do conceito de vida já se torna acirrada desde sua formulação, já que não há consenso. O tema, em razão da sua natureza, não deixa de resvalar em questões filosóficas e religiosas. Em termos gerais, é possível dividir a discussão em duas grandes correntes: a partir da fecundação do óvulo já há vida; ou, a vida só se inicia a partir do momento em que há atividade cerebral. A Constituição Federal de 1988, em que pese estabelecer o direito à vida como direito fundamental e, portanto, protegê-lo, é silente, ou seja, nada diz a respeito do início ou conceito do que seja vida.

A doutrina aponta para a existência de cinco teorias a respeito do tema:

a) teoria concepcionista: – a vida humana começa a partir da constituição do zigoto, pela fecundação do óvulo pelo espermatozoide, fazendo surgir uma pessoa com código genético diverso do que possuem pai e mãe. Segundo o Pacto de San José da Costa Rica e a Convenção dos

---

<sup>4</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002, p.42.

Direitos da Criança, “a existência das pessoas começa a partir do momento da concepção.” De acordo com esse pensamento, a partir da fecundação passa a existir um novo ser, individualizado e distinto. Maria Garcia e José Afonso da Silva são adeptos desta corrente.<sup>5</sup> O mesmo posicionamento é adotado por Maria Helena Diniz.<sup>6</sup>

b) teoria da nidação: a vida humana começa com a fixação do embrião na parede do útero da mãe; Julio Fabbrini Mirabete<sup>7</sup> e Luiz Régis Prado<sup>8</sup> adotaram este entendimento.

c) teoria do tubo neural: a vida humana começa com a formação do tubo neural do embrião; a essa teoria, por exemplo, filia-se Peter Singer. Ele defende que o fato de o córtex cerebral (responsável pelas sensações) só iniciar seu desenvolvimento a partir da décima oitava semana de gestação, faz com que o feto só sinta dor a partir desse ponto da gestação.<sup>9</sup>

d) teoria do sistema nervoso central ou do impulso elétrico: a vida se inicia a partir do primeiro impulso elétrico no sistema nervoso do embrião; esta teoria é a mais correta, segundo o entendimento atual do Supremo Tribunal Federal, conforme se verifica dos acórdãos que trataram da possibilidade de pesquisa com células tronco embrionárias e atipicidade do aborto de fetos anencéfalos.<sup>10</sup>

O critério jurídico de que a vida só se inicia com a atividade cerebral (teoria do sistema nervoso central) tem sido aceito e utilizado pela lei e pela jurisprudência brasileira, inclusive exposto na Lei dos Transplantes e no julgamento a respeito do aborto dos fetos anencéfalos. Neste último,

---

<sup>5</sup> GARCIA, Maria. **Limites da ciência**: a dignidade da pessoa humana – a ética da responsabilidade. São Paulo: RT, 2004, p.10.

<sup>6</sup> DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 9.ed. São Paulo: Saraiva, 2014, p.149.

<sup>7</sup> MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato N. **Manual de direito penal**: parte especial. v.2. 25.ed. São Paulo: Atlas, 2007, p.62. Segundo Mirabete, “Já se tem apontado, porém, como início da gravidez, a implantação do óvulo no útero materno (nidação). Considerando que é permitida a venda do DIU e pílulas anticoncepcionais cujo efeito é acelerar a passagem do ovo pela trompa, de modo que atinja ele o útero sem condições de implantar-se, ou transformar o endométrio para criar nele condições adversas para a implantação do óvulo, forçoso é concluir-se que se deve aceitar a segunda posição, tendo em vista a lei penal”.

<sup>8</sup> PRADO, Luiz Régis. **Curso de direito penal brasileiro**: parte especial. 2.ed. São Paulo, 2002, p.96. “Destarte, o aborto tem como limite mínimo e necessário para a sua existência a nidação, que ocorre cerca de quatorze dias após a concepção. O termo final é o início do parto, que, conforme examinado, é marcado pelas contrações da dilatação (parto normal) ou com o início dos procedimentos cirúrgicos (v.g. cesariana)”.

<sup>9</sup> SINGER, Peter. **Ética prática**. São Paulo: Martins Fontes, 1998, p.174.

<sup>10</sup> BRASIL. **Supremo Tribunal Federal**. Ação Direta de Inconstitucionalidade n.3.510, j. 2008 e Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.54, respectivamente. Disponível em: <www.stf.jus.br>. Acesso em: 13 nov. 2015.

encontram-se referências aos dizeres de José Aristodemo Pinotti: “O feto anencéfalo, sem cérebro, não tem potencialidade de vida. Hoje, é consensual, no Brasil e no mundo, que a morte se diagnostica pela morte cerebral. Quem não tem cérebro, não tem vida”.<sup>11</sup>

Na verdade, o conceito do que seja vida ainda está longe de ser alcançado, seja do ponto de vista filosófico ou científico.

Não será possível, nesta dissertação, definir o que seja vida. Estamos diante do que se denomina desacordo moral razoável – aquele que tem lugar diante da ausência de consenso entre posições racionalmente defensáveis.<sup>12</sup> No entanto, e sem qualquer menosprezo pelas posições que se possam adotar, pela importância e consequência deste fato, deve-se adotar um parâmetro para que, por meio dele, seja possível dizer se em determinado corpo há vida ou não. Dado o estágio atual da medicina, é possível afirmar que o encéfalo é o órgão controlador das atividades do ser humano, portanto, a ausência de atividade cerebral significa o fim da vida (assim como o início de tal atividade marcaria o início da vida). No acórdão a respeito do aborto dos fetos anencéfalos, manifestou-se a Ministra do Supremo Tribunal Federal, Rosa Weber:

Há outro exemplo interessante e mais próximo do ponto controverso aqui tratado. O uso do conceito “vida” em biologia é razoavelmente estável, significando, simplificada, a existência de um organismo com metabolismo próprio e capacidade de reprodução. No entanto, a biologia se vê às voltas com a aplicação do conceito aos vírus. Estes “organismos” se reproduzem ou apenas se replicam em razão de suas cadeias de DNA ou RNA? A capacidade de se replicar e adaptar a algumas circunstâncias novas poderia ser aplicada aos chamados vírus de computadores, que obviamente não são seres vivos. Com relação ao critério de presença de metabolismo próprio, os vírus não são capazes de metabolizar carbono ou qualquer tipo de energia. A definição sobre a “vida” dos vírus é uma questão de escolha em razão das necessidades de definição e desenvolvimento coerente do conhecimento na biologia [...] Assim, o critério de morte encefálica permite o reconhecimento da irreversibilidade do estado de morte ao mesmo tempo em que reconhece o funcionamento de outras partes do organismo humano,

---

<sup>11</sup> BRASIL, **Supremo Tribunal Federal**. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.54, j.12-04-2012. Voto do Ministro Marco Aurélio de Mello. Disponível em: <www.stf.jus.br>. Acesso em: 13 nov. 2015.

<sup>12</sup> GUTMAN, Amy; THOMPSON, Dennis. **Democracy and disagreement**. Harvard University Press, 1998, p.243.

mas que em breve sucumbirão. Também na morte encefálica vê-se que o critério é utilitário, ainda que baseado na certeza atual sobre a irreversibilidade da perda da atividade cerebral. Nada impediria que, com a continuidade do funcionamento dos órgãos, ainda que por aparelhos e apoio médico, se considerasse o indivíduo vivo, mas apto a doar porque a morte é iminente.

Desta feita, conclui a ministra:

No que concerne às duas últimas ciências, os conceitos de vida são utilizados de maneira absolutamente distintas, o que demonstra que não há um significado único para a palavra “vida”, ela não traz qualquer essência em si. Dizer o contrário seria se basear em um pressuposto dogmático inquestionável ou em alguma autoridade transcendente que não se pode questionar, e que o Supremo Tribunal Federal não é nem propriamente científico, tampouco democrático.<sup>13</sup>

Não obstante a dificuldade do assunto, é necessário estabelecer um paradigma para que se possa discutir a respeito do direito à vida e das consequências e desdobramentos daí advindos.

Por um lado, entretanto, não podemos olvidar que o conceito de vida está permeado de questões filosóficas e religiosas. No entanto, no que diz respeito ao aspecto jurídico da questão, devemos nos abster o máximo possível de conceitos religiosos, dada a laicidade do Estado. Não se trata aqui de desrespeito ou repúdio às religiões e aos conceitos religiosos, mas do fato de que é necessário adotar um critério e um paradigma não atrelado a uma ou outra religião, mas que atenda ao indivíduo e à sociedade, independentemente da religião escolhida e professada, ou ainda, nenhuma.

Se é possível afirmar que o início da vida se dá com o início da atividade cerebral, finda tal atividade, temos a morte.

Os primeiros critérios para diagnosticar a morte foram expostos por Hipócrates, cerca de 500 a.C, em sua obra *De morbis*, 2º livro, parte 5:

[...] testa enrugada e árida, olhos cavos, nariz saliente, cercado de coloração escura. Têmporas deprimidas, cavas e enrugadas, queixo franzido e endurecido, epiderme seca, lívida e plúmbea, pelos das

---

<sup>13</sup> BRASIL, **Supremo Tribunal Federal**. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.54, j.12-04-2012. Disponível em: <www.stf.jus.br>. Acesso em: 13 nov. 2015.

narinas e dos cílios cobertos por uma espécie de poeira, de um branco fosco, fisionomia nitidamente conturbada e irreconhecível.<sup>14</sup>

O critério médico científico para determinar a morte se dá pela constatação de ausência de alguns sinais vitais baseada em critérios considerados clássicos para o diagnóstico de morte. A estes critérios, ainda que permaneçam válidos, deve ser acrescentada a morte cerebral, uma vez que poderá preceder a parada cardiorrespiratória.<sup>15</sup>

Quanto aos termos, a literatura médica ensina que o mais correto é “morte encefálica” – paralisação irreversível das funções cerebrais em decorrência da destruição do cérebro superior e do tronco encefálico.<sup>16</sup> O encéfalo é formado pelo cérebro (cerebelo e tronco cerebral). O encéfalo e a medula espinhal formam o neuro-eixo, ou sistema nervoso central, que controla as atividades do corpo humano.

Segundo Almeida Júnior e Costa Júnior<sup>17</sup>, a morte resta evidenciada com a averiguação do silêncio cerebral e concomitantemente, com a parada respiratória em caráter definitivo; portanto, quando o ser humano não pode sobreviver por suas próprias energias. Este é o conceito tradicional de morte.

Em meados de 1959, após observarem alguns pacientes que supostamente apresentavam lesão cerebral irreversível em decorrência de ausência de sinais de atividade eletroencefálica – quadro denominado de coma *depassé* – Moralet e Goulon, neurologistas franceses, notaram que estes pacientes, em poucas horas, sofriam parada cardíaca irreversível. Na mesma época já haviam sido realizados transplante de rins e de coração,

---

<sup>14</sup> PESSINI, Léo. BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 2012, p.354.

<sup>15</sup> NEVES, Maria do Céu. **Comissões de ética das bases teóricas à actividade quotidiana**. Relações entre os profissionais de saúde e o paciente. Açores: Centro de Estudos de Bioética, 1996, p.233-234. “Os critérios clássicos de diagnósticos de morte são: a) Ausência de batimentos cardíacos; b) Ausência de movimentos respiratórios; c) Ausência de resposta a estímulos; d) Pupilas fixas, midriáticas e não reativas à luz; e) Traçado isoeletrico no electrocardiograma”.

<sup>16</sup> FRANÇA, Genival Veloso de. **Fundamentos de medicina legal**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2012.

<sup>17</sup> ALMEIDA JÚNIOR, Antonio Ferreira de; COSTA JÚNIOR, João Batista de Oliveira e. **Lições de medicina legal**. São Paulo: Nacional, 1978, p.233.

fator que fomentou o interesse pela definição de morte baseada pelo critério cerebral.<sup>18</sup>

Em 1968 foi publicado o Relatório da Comissão de Harvard a respeito da morte. Segundo o documento, o diagnóstico deve ser feito por médicos não envolvidos com a questão do transplante de órgãos, antes de se retirar o paciente da ventilação artificial e atendendo aos seguintes critérios: a) ausência de resposta a estímulos externos; b) ausência de movimento ou respiração espontâneos; c) ausência de reflexos; d) eletrocardiograma isoeletrico, avaliado em dois traços obtidos em 24 horas de intervalo; e) exclusão de situações como a hipotermia ou intoxicação por fármacos depressores do sistema nervoso central.<sup>19</sup>

Estes critérios foram adotados pela XXII Assembleia Médica Mundial, dando origem à Declaração de Sidney (1968), emendada pela Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, em Veneza, Itália, (1983). Segundo a Declaração, a morte se constata pela cessação de todas as atividades do cérebro, o bulbo raquiano. O juízo clínico será suplementado por exames, se necessário. Ainda, a constatação da morte permite, sob o ponto de vista ético, suspender as atividades de ressuscitação e realizar a extração de órgãos, cumpridos os demais requisitos legais para tanto.<sup>20</sup>

Este é o critério adotado pela legislação brasileira, conforme se observa da leitura da Lei dos Transplantes (Lei n.9.434/1997), cujo artigo 3º deixa claro que a retirada de órgãos pode ocorrer após a constatação da morte encefálica, nos seguintes termos:

Artigo 3º A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e

---

<sup>18</sup> GOGLIANO, Daisy. Pacientes terminais – morte encefálica. **Revista Bioética** – v.I n.2, Conselho Federal de Medicina, 1993, p.149-156.

<sup>19</sup> HARVARD University. A definition of irreversible coma report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. **JAMA**, August 1968, v.205, n.6. Disponível em: <<http://www.colorado.edu/>> Acesso em: 13 nov. 2015.

<sup>20</sup> PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 2012, p.356.

tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.<sup>21</sup>

A Resolução do Conselho Federal de Medicina que trata do tema é a de n.1480/1997 segundo a qual a morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida. Os parâmetros clínicos a serem observados para constatar a morte encefálica são o coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinal e apneia (artigos 3º e 4º).

A Resolução dispõe ainda que os exames complementares a serem observados para constatar a morte encefálica deverão demonstrar inequivocamente: a) ausência de atividade elétrica cerebral ou, b) ausência de atividade metabólica cerebral ou, c) ausência de perfusão sanguínea cerebral.<sup>22</sup>

Este critério também foi o seguido pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento a respeito do aborto do feto anencefálico, no qual se decidiu que o aborto, nestes casos, não constitui crime, uma vez que não há o objeto jurídico tutelado pela norma, qual seja, a vida, justamente pela ausência de atividade cerebral.<sup>23</sup>

Importa mencionar o Decreto n.2.268/1997, que regulamenta a Lei n.9.434/1997 (dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento):

Artigo 16. A retirada de tecidos, órgãos e partes poderá ser efetuada no corpo de pessoas com morte encefálica.

§1º O diagnóstico de morte encefálica será confirmado, segundo os critérios clínicos e tecnológicos definidos em resolução do Conselho Federal de Medicina, por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em neurologia reconhecido no País.

§2º São dispensáveis os procedimentos previstos no parágrafo anterior, quando a morte encefálica decorrer de parada cardíaca irreversível, comprovada por resultado incontestável de exame eletrocardiográfico.

§3º Não podem participar do processo de verificação de morte encefálica médicos integrantes das equipes especializadas

---

<sup>21</sup>BRASIL. **Lei n. 9.434/97**. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9434compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434compilado.htm)> Acesso em: 05 nov. 2016..

<sup>22</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n.1.480/87**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

<sup>23</sup> BRASIL **Supremo Tribunal Federal**. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.54, j.12-04-2012. Voto do Ministro Marco Aurélio de Mello. Disponível em: <[www.stf.jus.br](http://www.stf.jus.br)>. Acesso em: 13 nov. 2015.

autorizadas, na forma deste Decreto, a proceder à retirada, transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes.

Para os anencéfalos, por sua inviabilidade vital em decorrência da malformação decorrente do não fechamento do neuroporo anterior do tubo neural do embrião – o que implica na ausência ou formação defeituosa dos hemisférios cerebrais<sup>24</sup> – são inaplicáveis e desnecessários os critérios de morte encefálica, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina n.1.949/2010.

Atualmente, há mais polêmica em torno do assunto, uma vez que o Conselho Federal de Medicina quer propor a retirada da obrigatoriedade de um dos médicos ser especialista em neurologia para atestar a morte encefálica.<sup>25</sup>

Não obstante, o critério de definição de morte encefálica ainda é bastante controverso e debatido em diversos países. Segundo Rodrigues, no Japão, desde 1988, a Associação Médica Japonesa aceitou a morte encefálica como a extinção de uma vida humana, recomendando a realização de um eletroencefalograma isoeletrico antes de se realizar a prova de apneia. Contudo, a legislação tolera uma forma de pluralismo quanto à determinação da morte humana – os pacientes em estado de morte encefálica não são considerados mortos, a não ser que tenham expressado vontade neste sentido e somente se a família não se opuser.<sup>26</sup>

O critério usado para confirmar a morte encefálica no Reino Unido, por exemplo, é o de que a perda das funções do tronco cerebral é suficiente, ao contrário da maioria da comunidade internacional, para a qual a função de todo o encéfalo deverá estar comprometida. Essa forma de diagnóstico foi introduzida pelo *Department of Health and Medical Royal Colleges*, em 1976.

---

<sup>24</sup> CYPEL, S.; DIAMENT, A. **Neurologia Infantil**. 3.ed. São Paulo: Atheneus, 1996, p.742.

<sup>25</sup> Após a divulgação na mídia de que o Conselho Federal de Medicina (CFM) estuda a proposta de dispensar a presença de um neurologista para se atestar a morte encefálica, a Academia Brasileira de Neurologia (ABN) divulgou um comunicado para alertar que a medida reduziria a margem de segurança do diagnóstico (UOL. **É um erro o CFM liberar morte cerebral sem neurologista, diz entidade**. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br>>. Acesso em: 20 jul. 2016).

<sup>26</sup> RODRIGUES, Carlos Frederico Almeida; STYCHNICKI, Adriano Seikiti; BOCCALON, Bernardo; CEZAR, Guilherme da Silva. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de “morte cerebral” como critério de morte. **Revista Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, 2013, p.274.

Os testes realizados são clínicos, como a incapacidade de respirar espontaneamente (teste de apneia) e a ausência de consciência.<sup>27</sup>

Ademais, não são raros os casos em que a morte encefálica é detectada erroneamente e o paciente volta a apresentar sinais de estar vivo. Embora haja consenso médico sobre a morte encefálica ser definitiva e irreversível, é possível haver erro de diagnóstico.<sup>28 29</sup>

## 2.2 Abreviação e prolongamento da vida

### 2.2.1 Eutanásia, ortotanásia e suicídio assistido

Ao perquirir-se a respeito da morte e suas implicações jurídicas, é necessário distinguir os conceitos de eutanásia ativa, eutanásia passiva, ortotanásia, distanásia e suicídio assistido. A existência de diversos termos para se tratar de abreviamento ou prolongamento da existência, já leva o tema a ser confuso e mal interpretado. Eutanásia e suicídio assistido são formas de abreviar a vida.

Eutanásia, de acordo com a etimologia da palavra, significa “boa morte”, morte serena, sem sofrimento. O termo é utilizado para designar a morte provocada pelo sujeito imbuído de compaixão, piedade em relação à pessoa que sofre de uma doença incurável ou que está em situação da qual não possa se recuperar.

<sup>27</sup> RODRIGUES, Carlos Frederico Almeida; STYCHNICKI, Adriano Seikiti; BOCCALON, Bernardo; CEZAR, Guilherme da Silva. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de “morte cerebral” como critério de morte. *Revista Bioethikos*, Centro Universitário São Camilo, 2013, p.274.

<sup>28</sup> São exemplos: GLOBO NEWS. **Mulher com morte cerebral volta a dar sinais de vida**. Disponível em: <<https://www.youtube.com>>. Acesso em: 20 jul. 2016; TERRA. **Jovem reage após morte cerebral diagnosticada por 4 médicos**. abr. 2012. Disponível em: <<https://noticias.terra.com.br>>. Acesso em: 20 jul. 2016; UOL. **Garoto que teve diagnóstico de morte cerebral está acordado há 4 anos**. abr. 2012. Disponível em: <<http://noticias.bol.uol.com.br>> Acesso em: 20 jul. 2016.

<sup>29</sup> A própria morte encefálica já vem sendo desafiada por pesquisadores, em polêmico estudo em curso no Hospital Anupam, na Índia. O grupo do cirurgião e pesquisador Himanshu Bansal com a participação da empresa americana de biotecnologia Bioquark, pesquisa a possibilidade de “reviver cérebros”. A pesquisa está sendo realizada em 20 pacientes com morte cerebral detectada (dentro do período de 8 a 24 horas); tais pacientes receberão injeções de células tronco e um “coquetel” de drogas para reprogramação celular. Segundo o pesquisador, Dr. Bansal, após o diagnóstico de morte cerebral há espaço para que as células sejam rejuvenescidas e que a pessoa volte a ter atividade elétrica no cérebro e respiração espontânea. (ALVES, Gabriel. Indianos tentam reverter morte cerebral. **Folha de S.Paulo**. Publicado em: 18/07/2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2016/07/1792720-indianos-tentam-reverter-morte-cerebral.shtml>> Acesso em: 18 jul. 2016).

Nos dizeres de Asúa, a eutanásia, em sentido estrito, é a morte que é procurada por alguém que padece de uma enfermidade incurável ou muito penosa; é aquela que busca impedir a agonia muito cruel ou prolongada. No entanto, salienta que a esta finalidade fundamental pode unir-se um conceito dilatado, um sentido amplo, um objetivo eugênico ou selecionador, conforme algumas práticas propostas para eliminar os idiotas e os loucos irreversíveis, como a definição de eutanásia de Morselli.<sup>30</sup>

Na doutrina, não há consenso. Segundo Maria de Freire Sá, o termo eutanásia é derivado do grego “eu”, que significa “boa” e *thanatos*, “morte”, assim “boa morte”, ou simplesmente morte doce ou morte sem dor. Destina-se aos indivíduos com doenças incuráveis, cuja intenção seja evitar um sofrimento deliberado e prolongado.<sup>31</sup>

Morselli destaca como primeiro aspecto da eutanásia ser esta uma morte voluntária, escolhida por alguém que está cansado de viver; é a facilitação do suicídio. O autor posicionou-se contra a eutanásia, argumentando que ela não traz qualquer benefício social, enquanto o sofrimento é um fator de elevação e a dor uma finalidade moral e quase estética, pois, segundo ele, a vida sem dor seria insípida.<sup>32</sup>

Para Barroso e Martel, eutanásia é a ação médica intencional de apressar ou provocar a morte – com exclusiva finalidade benevolente – de pessoa que se encontre em situação considerada irreversível e incurável, consoante os padrões médicos vigentes, e que padeça de intensos sofrimentos físicos e psíquicos. Não se confunde, tampouco, com o homicídio piedoso, conceito mais amplo que contém o de eutanásia.<sup>33</sup>

---

<sup>30</sup> JIMENEZ DE ASÚA, Luis. **Liberdade de amar e direito de morrer ensaios de um criminalista sobre eugenesia, eutanásia e endocrinologia**. Tradução de Benjamin Couto. Lisboa: Lisboa Clássica, 1929, p.128.

<sup>31</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido**. 2.ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005, p.38.

<sup>32</sup> MORSELLI, Enrico. **L'uccisione Pietosa**. L'eutanasia. Narcisus, 2015, p.18; 86-87 (*ebook*). No original: “L'Eutanasia ha intanto un primo aspetto: essa è la morte volontariamente scelta da chi è stanco di vivere, ed è la facilitazione del suicidio, che ha avuto presso qualche popolo dell'Antichità la sua legale procedura, o almeno era usanza ammessa ed ammirata”.

<sup>33</sup> BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida**. São Paulo: Saraiva, 2012, p.27.

Para alguns, portanto, a eutanásia somente se caracteriza se for praticada por médico em caso de pacientes terminais. Para outros, ela estaria configurada na conduta do profissional de saúde que age para evitar o sofrimento do paciente, mesmo sem sua autorização para tanto. Outros preferem um conceito mais amplo, entendendo estar caracterizada a eutanásia quando alguém matar o outro para evitar-lhe o sofrimento. Em que pesem as divergências, em todos os conceitos a respeito da eutanásia, encontra-se como ponto comum a compaixão. O sujeito que retira a vida do outro, o faz por compaixão, para abreviar o sofrimento.

Francis Bacon defendia a prática da eutanásia pelos médicos nas hipóteses em que não houvesse meio de cura. Segundo Bacon:

[...] a meu ver eles (médicos) deveriam possuir a habilidade necessária a dulcificar com suas mãos os sofrimentos e a agonia da morte [...] o médico deve acalmar os sofrimentos e as dores não apenas quando este alívio possa trazer a cura, mas também quando pode servir para procurar uma morte doce e tranquila.<sup>34</sup>

A eutanásia é classificada em ativa ou passiva, voluntária ou involuntária. A eutanásia voluntária é a morte realizada com o consentimento do paciente, ou seja, o portador da doença incurável ou em situação terminal requer a eutanásia ao médico, solicita sua morte; o médico realiza o ato de retirar a vida do paciente. Já a eutanásia passiva consiste em suspender o tratamento da doença, ou desligar aparelhos, resultando a morte (o que pode incluir prescrever dosagem de medicamento para aliviar a dor e o sofrimento). Na eutanásia passiva, há, por exemplo, a decisão de não reanimar (também conhecida por não ressuscitar).

Segundo Léo Pessini, a eutanásia passiva não é interromper deliberadamente a vida, mas aceitar que a morte é consequência da doença ou de certas decisões terapêuticas – essas situações de limitação de tratamento inscrevem-se no quadro de recusa de terapia fútil ou agressiva e não são criticáveis em termos éticos.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> BACON, Francis. *Historia vitae et mortis*. Rio de Janeiro: Vozes, 1963, p.52.

<sup>35</sup> PESSINI, Léo. *Eutanásia* – Por que abreviar a vida? São Paulo: Loyola, 2004, p.97.

Caso importante para o tratamento da questão no mundo foi o de Vincent Lambert. A Corte Europeia de Direitos Humanos (Tribunal Europeu de Direitos Humanos) autorizou, em junho de 2016, que a França o deixasse morrer. Lambert, em virtude de um acidente automobilístico, se tornou tetraplégico e estava em estado vegetativo. Houve uma batalha judicial a respeito, que resultou numa decisão que colocou fim ao caso, dividiu a família do paciente e pode influenciar a forma como a Justiça de países da União Europeia lida com a eutanásia. Os pais não queriam que este procedimento fosse adotado, mas sua esposa Rachel e outros cinco irmãos de Vincent eram favoráveis ao desligamento dos aparelhos. O pedido judicial partiu de Rachel com base na Lei Leonetti (LOI 2005-370, sobre os direitos dos pacientes e o fim da vida), que permite retirar aparelhos em determinadas condições. A decisão da Corte francesa lhe foi favorável, mas os pais de Vincent levaram o caso ao tribunal europeu. Dos 17 juizes da corte, 12 decidiram a favor da eutanásia.<sup>36</sup>

Quanto à eutanásia voluntária e involuntária, como é possível deduzir, é a classificação da eutanásia conforme decorra ou não da vontade e do consentimento expresso do indivíduo que esteja com grave doença e no momento terminal de vida. A involuntária é a morte provocada sem o consentimento do doente, que está inconsciente, seja pela decisão da família ou familiar ou pelo próprio médico ou sem qualquer manifestação de vontade; neste último caso, em que a decisão parte somente do médico, deve-se considerar a conduta um crime, pois não é dado ao médico decidir a respeito de uma situação como essa.

Na atualidade, segundo Cabette, a questão da eutanásia se tornou mais ampla e sua discussão abrange outros casos, além dos pacientes terminais:

A questão da eutanásia passa por um sensível alargamento de seu campo de incidência, de forma que não mais se resume aos casos de doentes terminais, abarcando também outras situações polêmicas como as de recém-nascidos com anomalias congênitas, que tem sido denominado de eutanásia precoce; pessoas em

---

<sup>36</sup> CORTE europeia de direitos humanos (ECHR), **Case 185 (2015)**, j. 05-06-2015. Disponível em: <[www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int)>. Acesso em: 10 maio 2017.

estado vegetativo considerado irreversível; pessoas inválidas que não são capazes de cuidar de si mesmas, etc.<sup>37</sup>

Sobre o tema, Tereza Vieira menciona que diante de dores intensas sofridas pelo paciente terminal, consideradas pelo indivíduo intoleráveis e inúteis, o médico deve agir para amenizá-las, mesmo que a consequência venha a ser, indiretamente, a morte do paciente.<sup>38</sup>

A eutanásia passiva (suspensão do tratamento) e a ortotanásia (não intervenção no processo de morte natural) geram mais questionamentos, dada a possibilidade de se caracterizar a omissão como homicídio ou crime de omissão de socorro (artigo 135, Código Penal), além da responsabilidade civil do médico e da equipe se não forem obedecidos os requisitos necessários para a realização de ortotanásia, conforme será visto adiante.

Não há que se confundir, no entanto, eutanásia passiva com ortotanásia. Essa distinção é importante justamente porque há quem confunda os institutos. No primeiro caso, há uma conduta de terceiro, a causa da morte do paciente; há a provocação da morte e a omissão quanto aos cuidados paliativos, que poderiam retardar o falecimento. Na ortotanásia, a(s) doença(s) do paciente são a causa da morte; não há, portanto, abreviação do tempo de vida do paciente nem caracterização de delito. Em ambos os casos há supressão de tratamento; no entanto, na ortotanásia a omissão ocorre quando o curso da morte já teve início.

A ortotanásia consiste em deixar a morte ocorrer naturalmente, sem qualquer interferência para atrasar ou adiantar o processo. Nos casos em que o processo natural da morte já esteja ocorrendo, o médico apenas contribui para que este estado siga seu curso natural, atuando para aliviar as dores do paciente. É uma conduta médica restritiva, que visa prover conforto ao paciente, sem interferir no momento da morte. Todos os tratamentos deixam de ser realizados e são praticados apenas os cuidados paliativos.

---

<sup>37</sup> CABETE, Eduardo Luiz Santos. **Eutanásia e ortotanásia** – comentários sobre a Resolução n.1805/2006 – aspectos éticos e jurídicos. Curitiba: Juruá, 2009, p.19.

<sup>38</sup> VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1999, p.20.

Somente o médico pode realizá-la. Trata-se de uma conduta atípica em nosso ordenamento jurídico-penal, pois a morte não é provocada.

Na Encíclica *Vitae*, o Papa João Paulo II, afirma:

Já Pio XII afirmara que é lícito suprimir a dor por meio de narcóticos, mesmo com a consequência de limitar a consciência e abreviar a vida, “se não existem outros meios e se, naquelas circunstâncias, isso em nada impede o cumprimento de outros deveres religiosos e morais”. É que, neste caso, a morte não é querida ou procurada, embora por motivos razoáveis se corra o risco dela: pretende-se simplesmente aliviar a dor de maneira eficaz, recorrendo aos analgésicos postos à disposição pela medicina.<sup>39</sup>

Nos dizeres de Maria Luiz Cruz:

A ortotanásia constitui a humanização do processo da morte do paciente, cuidando para que o indivíduo no fim da vida encontre a morte com conforto e o mínimo de sofrimento possível, garantindo sua dignidade. Consequentemente, ortotanásia e eutanásia passiva pouco têm em comum, pois não há indução da morte do paciente em fase terminal. Na ortotanásia a morte é inevitável e iminente, sendo suspensos os tratamentos inócuos à reversão do quadro do paciente.<sup>40</sup>

Para Barchifontaine, a ortotanásia:

[...] é a arte de morrer bem, sem ser vítima de mistanásia (morte infeliz), por um lado, ou de distanásia (encarniçamento terapêutico), por outro, e sem recorrer à eutanásia. O grande desafio da ortotanásia, o morrer corretamente, humanamente, é como resgatar a dignidade do ser humano na fase última da sua vida, especialmente quando ela for marcada por dor e sofrimento. A ortotanásia é a antítese de toda tortura, de toda morte violenta em que o ser humano é roubado não somente de sua vida, mas também de sua dignidade.<sup>41</sup>

Talvez o caso mais famoso de ortotanásia seja o do Papa João Paulo II, que em 2005 optou por suspender todas as intervenções médicas

<sup>39</sup> JOÃO PAULO II, Papa (1978-2005). *Encíclica Evangelium Vitae*. Disponível em: <<http://w2.vatican.va>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

<sup>40</sup> MONTEIRO, Maria Luiza da Cruz. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. *Revista Bioética*. Trabalho produzido na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil, 2013.

<sup>41</sup> BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. A dignidade no processo de morrer. In: (Orgs.) BARCHIFONTAINE, Christian de Paul; PESSINI, Léo. *Bioética – alguns desafios*. São Paulo: Loyola, 2001, p.291.

exceto as que aliviassem a dor e o sofrimento. Pode-se dizer que o Papa colocou em prática aquilo sobre o que já havia falado na Encíclica *Evangelium Vitae* (Evangelho da Vida), na qual afirma:

Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado “excesso terapêutico”, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionais aos resultados que se poderiam esperar, ou ainda porque demasiado pesadas para ele e para sua família. Nessas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem, contudo interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes [...].<sup>42</sup>

No Brasil, a ortotanásia ganhou relevância com a entrada em vigor da Lei Estadual Paulista n.10.241/1999, conhecida como “Lei Mário Covas”, que versa sobre os direitos dos usuários dos serviços de Saúde do Estado de São Paulo e prevê, em seu artigo 2º:

Artigo 2º. São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;  
[...]  
VII– consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem nele realizados;  
[...]  
XXIII – recusar tratamentos dolorosos à vida;  
XXIV– optar pelo local da morte.<sup>43</sup>

Outro ponto de destaque é a Resolução n.1.805/2006, do Conselho Federal de Medicina, que aborda questões da fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, permitindo 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.

<sup>42</sup> JOÃO PAULO II, Papa (1978-2005). *Encíclica Evangelium Vitae*. Disponível em: <<http://w2.vatican.va>> Acesso em: 10 mar. 2016.

<sup>43</sup> BRASIL. *Lei Estadual Paulista n.10.241/99*. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

O texto da Resolução estabelece, ainda, a obrigação de o médico esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação. É assegurado (ao doente ou a seu representante legal) o direito de solicitar uma segunda opinião médica. Não obstante, 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 o direito da alta hospitalar. Está em consonância, portanto, com o artigo 1º, III, da Constituição Federal de 1988, que trata da dignidade humana, e com o artigo 5º, III do mesmo diploma, segundo o qual ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante.

O Ministério Público Federal chegou a ingressar com ação para declarar a inconstitucionalidade da Resolução, por entender que se tratava de eutanásia, proibida pela legislação brasileira. No entanto, durante o trâmite do processo, o próprio Ministério Público (houve mudança de procurador), requereu a improcedência da ação. Assim, a Resolução é constitucional e plenamente aplicável.

Tratam do tema: o projeto de Lei n.3.002/2008, cuja proposta é regulamentar a ortotanásia no Brasil; o projeto de Lei n.5.008/2009, que proíbe suspender cuidados de pacientes em estado vegetativo persistente; o projeto de Lei n.6.544/2009, que dispõe sobre cuidados devidos a pacientes em fase terminal de enfermidade e o projeto de Lei n.6.717/2009, que visa alterar o Código Penal para excluir de ilicitude a ortotanásia no ordenamento brasileiro – todos ainda em andamento.

O Código de Ética Médica, no entanto, continua proibindo a prática da eutanásia. No capítulo V, artigo 41, dispõe ser vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a seu pedido ou de seu representante legal. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, considerando sempre a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Note-se, ainda, que o que chamamos de eutanásia ativa voluntária praticada por médico (situação em que o médico realiza um ato que faz cessar a vida do paciente, a seu pedido), em outros países é chamado de suicídio assistido pelo médico (*physician-assisted suicide*). Há diversas legislações no mundo que não distinguem os termos.

No que tange ao conceito de paciente terminal, será assim considerado o paciente que não responde a nenhuma terapêutica conhecida e, conseqüentemente, entrou num processo que conduz irreversivelmente à morte. Segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, o doente terminal é “aquele que tem, em média, 3 a 6 meses de vida, sendo que esta avaliação deve ser baseada num conjunto de critérios de objectivação de prognóstico”<sup>44</sup>.

Os mesmos critérios são adotados pela Associação Espanhola de Medicina. Podemos conceituar paciente terminal como aquele (paciente) que apresenta um estágio avançado da doença, sem prognóstico de retrocesso ou cura, sem possibilidade de resgatar as condições de saúde. O Conselho Federal de Medicina do Brasil entende que paciente terminal é aquele que pode morrer de três a seis meses depois de constatado um quadro irreversível de doença incurável.<sup>45</sup> Habitualmente, portanto, o termo doente terminal tem sido utilizado para pessoas que tenham um prognóstico médico de sobrevida não superior a seis meses.<sup>46</sup>

Maria Julia Kóvacs também utiliza a expressão “paciente terminal”, mas ressalva que terminalidade é um conceito relativo, utilizado para designar pacientes portadores de doenças para as quais ainda não foi encontrada cura, estejam eles hospitalizados ou no lar.<sup>47</sup>

Outra forma de abreviar o tempo de vida é o suicídio assistido, que consiste no paciente executar o ato de tirar a própria vida, mas com auxílio ou

---

<sup>44</sup> NUNES, Rui. **Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais**. Disponível em: <<http://revistabioetica.cfm.org.br>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

<sup>45</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Como responder a dilemas éticos relacionados à sobrevida de pacientes terminais?** Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

<sup>46</sup> GOLDIM, José Roberto. **Problemas de fim de vida: paciente terminal, morte e morrer**. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/morteres.htm>>. Acesso em: 10 maio 2015.

<sup>47</sup> KÓVACS, Maria Julia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992, p.195.

orientação de outrem. Para a legislação brasileira, há diferença entre suicídio assistido e eutanásia passiva, na medida em que suicídio pressupõe que o paciente retire a própria vida, enquanto na eutanásia outra pessoa executa o ato capaz de cessar a vida.

Para Barroso e Martel:

Suicídio assistido designa a retirada da própria vida com auxílio ou assistência de terceiro. O ato causador da morte é de autoria daquele que põe termo à própria vida. O terceiro colabora com o ato, quer prestando informações, quer colocando à disposição do paciente os meios e condições necessárias à prática. O auxílio e assistência diferem do induzimento ao suicídio. No primeiro a vontade advém do paciente, ao passo que no outro o terceiro age sobre a vontade do sujeito passivo, de modo a interferir com sua liberdade de ação. As duas formas admitem combinação, isto é, há possibilidade de uma pessoa ser simultaneamente instigada e assistida em seu suicídio.<sup>48</sup>

A diferença entre os termos é importante para melhor estudarmos a matéria: cada uma destas situações traz consequências jurídicas diferentes. Se houver a morte do paciente em razão de uma conduta ativa do médico, agindo por si, estamos diante de uma eutanásia ativa e involuntária, que se caracteriza como um homicídio, de acordo com a legislação pátria (artigo 121, Código Penal), podendo, no máximo, caracterizar-se como um homicídio privilegiado (artigo 121 §1º, Código Penal), uma espécie de homicídio com redução de pena.

No anteprojeto do Código Penal<sup>49</sup> há uma previsão específica para criminalizar a eutanásia, com possibilidade de não ser aplicada a pena em caso de haver, entre agente e vítima, uma relação de parentesco ou estreito laço de afeição. Quanto ao suicídio assistido, aquele que auxilia na morte

---

<sup>48</sup> BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Leticia de Campos Velho. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida.** São Paulo: Saraiva, 2012, p.27.

<sup>49</sup> Eutanásia. Artigo 122. Matar, por piedade ou compaixão, paciente em estado terminal, imputável e maior, a seu pedido, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável em razão de doença grave: Pena: prisão, de dois a quatro anos. §1º O juiz deixará de aplicar a pena avaliando as circunstâncias do caso, bem como a relação de parentesco ou estreitos laços de afeição do agente com a vítima. Exclusão de ilicitude. §2º. Não há crime quando o agente deixa de fazer uso dos meios artificiais para manter a vida do paciente em caso de doença grave irreversível, e desde que essa circunstância esteja previamente atestada por dois médicos e haja consentimento do paciente, ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão. (BRASIL, **Senado Federal**. Projeto de Lei n.236/2012. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br>>. Acesso em: 01 maio 2016).

incorre na figura tipificada no artigo 122 do Código Penal (auxílio, induzimento e instigação ao suicídio).

Um caso emblemático que fomentou a discussão acerca do suicídio assistido foi o do médico Julius Hackental. Julius, médico alemão e autor de diversas obras médicas, praticou o suicídio assistido em pacientes em estágio terminal de câncer na face. Em 1984, foi processado por ter deixado uma injeção com cianureto à disposição de uma paciente; a Corte entendeu que não poderia condená-lo porque a paciente agiu sabendo o que fazia (a Associação Médica Bavariana recomendou que sua licença médica fosse cassada, mas a Corte judicial não seguiu a recomendação. A Associação, de acordo com a lei alemã, não tinha poderes totais para cassá-lo).<sup>50</sup>

O Código Internacional de Ética Médica, aceito pela III Assembleia Geral da Associação Médica Mundial em Londres, 1949, também se preocupa com a proteção da vida. O documento determina que o médico “deve ter sempre presente o cuidado de conservar a vida humana, e que deve ao seu paciente completa lealdade e empregar a seu favor todos os recursos da ciência”. Não se deve perder de vista, entretanto, que o documento foi elaborado logo após o término da Segunda Guerra Mundial, período em que a humanidade sentia como muito próximos os perigos do nazismo e o desrespeito pelo ser humano.

O Código de Ética Médica brasileiro (Resolução n.1.931/2009 do Conselho Federal de Medicina) dispõe que a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza. O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional. O Código estabelece, ainda, a busca do melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade:

---

<sup>50</sup> BIRNBACHER, Dieter; DAHL, Edgar (Coords.). **Giving death a helping hand physician-assisted suicide and public policy** – an international perspective. Germany: Springer, 2008, p.26; PALACIOS, Marcelo. **Soy mi dignidade** – eutanasia y suicídio asistido. Espanha: LibrosEnRed, 2009, p.114.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Pretendemos demonstrar adiante que a preocupação em conservar e proteger a vida não são antagônicas ao direito de morrer com dignidade e de abreviar o sofrimento de um paciente, desde que haja o consentimento informado, expresso por si ou por seu representante legal, designado pelo paciente. A preservação da vida, ainda que deva ser o objetivo da prática médica, não pode prevalecer sobre a vontade informada do paciente quando se estiver perante o quadro de um paciente terminal ou em estágio avançado de doença incurável.

A eutanásia ativa e voluntária e o suicídio assistido podem ser designados pelo termo “morte assistida”. A linha divisória entre as duas formas de auxiliar alguém a morrer é tênue e algumas legislações estudadas não as distinguem.

### **2.2.2 Cuidados paliativos**

Ligado ao conceito de ortotanásia, temos os “cuidados paliativos”, que tratam do uso de toda tecnologia possível para aplacar o sofrimento físico e psíquico do enfermo.

O marco inicial do desenvolvimento e da expansão dos cuidados paliativos ocorreu na Inglaterra, com início em 1967, a partir da fundação do *St. Christopher's Hospice*, por Cicely Saunders, em Londres. Para Saunders, a assistência aos pacientes com doença terminal e suas famílias deveria ser prestada dentro de uma concepção multiprofissional de cuidados totais.

Podemos conceituar cuidados paliativos como um conjunto de ações e de procedimentos para melhorar a qualidade de vida de doentes terminais. Chegado o estágio clínico em que se deva reconhecer que não há o que fazer para salvar a vida do paciente, são aplicados os cuidados paliativos.

Segundo Simoni, cuidado paliativo integra um campo científico e não científico ao mesmo tempo, onde pessoas se organizam para lidar com suas próprias dificuldades e, também, das outras pessoas, acerca de uma transição enigmática para a ciência, a morte. O cuidado paliativo implica, principalmente, na relação entre as pessoas que cuidam e as que são cuidadas; as intervenções técnicas são secundárias à relação estabelecida entre equipe de cuidados e pacientes.<sup>51</sup>

Os princípios dos cuidados paliativos incluem: não apressar ou postergar a morte, mas oferecer alívio da dor e de outros sintomas angustiantes, integrar aspectos psicológicos e espirituais do tratamento do paciente e apoiar a família durante a doença do paciente e após sua morte.<sup>52</sup>

O conceito da Organização Mundial da Saúde (WHO/OMS) sobre cuidados paliativos, que teve sua primeira reunião a respeito em 2014, está calcado no modelo de tratamento do câncer, mas pode ser aplicado a outros tipos de doença:

Cuidado paliativo é uma abordagem que aumenta a qualidade de vida de pacientes – jovens e idosos – e suas famílias que enfrentam problemas associados com doenças que ameaçam a vida. Isso é alcançado por meio da prevenção e alívio do sofrimento, provendo identificação precoce e avaliação exemplar, além de tratamento da dor e outros distúrbios de natureza física, psicossocial e espiritual.<sup>53</sup>

Não se trata, portanto, de prolongar a vida ou o sofrimento. Trata-se de proporcionar ao paciente, ao moribundo, os melhores cuidados e conforto possíveis diante de uma situação terminal.

Garantir que a morte ocorra de uma forma digna, o menos dolorosa possível, é prioridade não apenas médica, para o setor de saúde ou para os serviços sociais, mas, sim, para toda a sociedade. Foi com uma preocupação voltada principalmente aos pacientes para os quais não há mais perspectiva de cura, a fim de garantir dignidade em seus processos de morte, que surge o assim chamado 'movimento *hospice*': "A filosofia do *hospice* defende a ideia de que

<sup>51</sup> SIMONI, Miguel de; SANTOS, Mônica Loureiro dos. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. **Psicologia USP**, São Paulo, v.14, n.2, p.169-194, 2003.

<sup>52</sup> SILVA, Y.B. Paciente fora de possibilidades terapêuticas oncológicas. In: AYOUD, A.C. et al. **Planejando o cuidar em enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000.

<sup>53</sup> ONU. **Organização Mundial da Saúde**. Palliative care. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 05 maio 2017.

os pacientes, se o desejarem, devem receber o maior número possível de informações sobre mudanças que se operam em seus corpos, sobre o desenvolvimento de suas doenças e sobre os cenários apropriados para suas mortes. Nada é imposto a ninguém; o tratamento é controlado não pelas conveniências ou prática profissional, mas pelos próprios pacientes". (Callanan & Kelley, 1994, p.43).<sup>54</sup>

Os princípios essenciais dos cuidados paliativos são: a) afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal; b) não apressar ou adiar a morte; c) oferecer alívio da dor e de outros sintomas que causem sofrimento; d) integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais nos cuidados aos pacientes; e) oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte; f) apoiar a família no enfrentamento da doença do paciente e no seu próprio processo de luto.

Os conceitos de qualidade de vida e conforto são altamente subjetivos. É importante que a equipe de saúde mantenha um bom diálogo entre si e também com os pacientes e familiares: é da coerência nessa comunicação que serão estabelecidos os objetivos para cada pessoa. O paciente só terá sua biografia encerrada quando nela for incluída a história sobre o processo de morrer.<sup>55</sup>

Tratamos do tema neste capítulo para explicitar que, ao contrário do que possa parecer, os cuidados paliativos não são antagônicos ao direito de morrer e seu desenvolvimento não estará obstado pela permissão legal da prática da eutanásia ou do suicídio assistido.

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos expressou preocupação nesse sentido. Entretanto, pesquisas realizadas na Bélgica a respeito de decisões que abreviam a vida dos pacientes em final de vida, incluindo a eutanásia ou o suicídio medicamente assistido, mostram não haver correlação com o pouco uso de cuidados paliativos e que estas

---

<sup>54</sup> ESSLINGER, Ingrid. De quem é a vida, afinal? Cuidando dos cuidadores (profissionais e familiares) e do paciente no contexto hospitalar. In: (Coord.) KOVÁCS, Maria Julia. **Morte e existência humana: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, p.151.

<sup>55</sup> ESSLINGER, Ingrid. De quem é a vida, afinal? Cuidando dos cuidadores (profissionais e familiares) e do paciente no contexto hospitalar. In: (Coord.) KOVÁCS, Maria Julia. **Morte e existência humana: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, p.150-152.

decisões frequentemente ocorrem no contexto de cuidados multidisciplinares de saúde.<sup>56</sup>

O Código de Ética Médica brasileiro estabelece o repúdio da distanásia e o uso dos cuidados paliativos, nos seguintes termos:

XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.<sup>57</sup>

A revista *The Economist* publicou, em 2015, a reportagem *O index de qualidade de morte 2015* – estudo e pesquisa patrocinada pela Fundação Lien de Singapura, que faz uma radiografia em 80 países a respeito da existência ou não de programas de cuidados paliativos. O Reino Unido ocupa o primeiro lugar no *ranking*; o Brasil ocupa a 42ª posição. Este estudo revela, em números, o quanto o país precisa evoluir em cuidados paliativos, o que passa por conscientizar, educar a população e oferecer educação específica aos profissionais da saúde.<sup>58</sup>

Calcula-se que, no Brasil, 30% de todos os pacientes internados nas UTIs (unidades de terapia intensiva) são pacientes terminais; simplesmente não deveriam estar ali, mas sim recebendo cuidados paliativos em alguma unidade específica, *hospice*, ou em domicílio, quando as condições são favoráveis e quando os pacientes manifestam o desejo de se despedir da vida “em casa”. Consequentemente, faltam leitos de UTI para os pacientes “recuperáveis”, que têm possibilidade real de cura.<sup>59</sup>

<sup>56</sup> PESSINI, Léo. Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. *Revista Bioética*, 2010, p.551.

<sup>57</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n.1938/2010**. Código de Ética Médica. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

<sup>58</sup> LINE, David. **Quality of death index**. *The economist*. 2015. Disponível em: <<https://www.eiuperspectives.economist.com>> Acesso em: 18 jun. 2017.

<sup>59</sup> PESSINI, Léo. **As UTIs: o que são, uso e abuso no Brasil!** (parte I), 2015. Disponível em: <<http://www.a12.com/artigos/detalhes/as-utis-o-que-sao-uso-e-abuso-no-brasil-i->>. Acesso em: 18 jun. 2017. *Hospice* pode ser definido como o conjunto de ações que são destinadas a confortar e prestar assistência a um indivíduo enfermo, com expectativa de vida de apenas algumas semanas ou meses. Os cuidados paliativos podem ser prestados em uma unidade hospitalar específica ou até mesmo em domicílio.

### 2.2.3 Distanásia

Distanásia é o prolongamento da vida do paciente ou prolongamento do processo de morte. Nas palavras de Maria Helena Diniz, é o prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas o processo de morte.<sup>60</sup> Justamente por não visar a qualidade de vida do paciente e sim o seu prolongamento, também é chamada de “obstinação terapêutica”.<sup>61</sup>

Por distanásia compreende-se a tentativa de retardar a morte o máximo possível, empregando, para isso, todos os meios médicos disponíveis, ordinários e extraordinários ao alcance, proporcionais ou não, mesmo que isso signifique causar dores e padecimentos a uma pessoa cuja morte é iminente e inevitável.<sup>62</sup> Para Barroso e Martel:

Por distanásia compreende-se a tentativa de retardar a morte o máximo possível, empregando, para isso, todos os meios médicos disponíveis, ordinários e extraordinários ao alcance, proporcionais ou não, mesmo que isso signifique causar dores e padecimentos a uma pessoa cuja morte é iminente e inevitável. Em outras palavras, é um prolongamento artificial da vida do paciente, sem chance de cura ou de recuperação da saúde segundo o estado da arte da ciência da saúde, mediante conduta na qual não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer.<sup>63</sup>

Klüber-Ross, ao criticar esta conduta médica, observa que os profissionais de saúde deveriam se conscientizar melhor sobre o que é vida e focar sua atenção no paciente:

Aprendem a prolongar a vida, mas recebem pouco treinamento ou esclarecimento sobre o que é “vida”. [...] Em geral, somos taxativos em dizer que “não há mais nada a fazer” e dirigimos nossa atenção mais aos equipamentos do que à expressão facial do paciente, que

<sup>60</sup> DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2014, p.508.

<sup>61</sup> CRUZ, Maria Luiza Monteiro da; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. **Revista Bioética**, Brasília, v.21, n.3, p.405-411, dez., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 maio 2017.

<sup>62</sup> COLOMBIA. **Sentencia C-239/97**. Voto de Vladimiro Naranjo Mesa. Disponível em: <<http://web.minjusticis.gov.co/jurisprudencia>>. Acesso em: 20 out. 2017.

<sup>63</sup> BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida**. São Paulo: Saraiva, 2012, p.25.

nos pode transmitir coisas mais importantes do que as máquinas mais eficazes.<sup>64</sup>

Em outro estudo sobre o tema, cujo enfoque é a necessidade de se preparar os profissionais de saúde, especificamente os médicos e enfermeiros para lidar com a morte, podem ser lidos depoimentos neste sentido:

Não gosto de morte. Faço o possível para manter o paciente vivo, não gosto da sensação de impotência (Cirurgiã Geral e Clínica Médica, Feminino, 53 anos, 25 anos de formada).  
Me envolvo, faço terapia e fico mal. Eu choro, mas nunca pensei em desistir, pois se eu não tratar quem vai tratar? Sou muito amoroso e gosto de ficar perto dos meus pacientes (Cirugiã Cabeça e Pescoço, Masculino, 43 anos, 20 anos de formado).<sup>65</sup>

Após relatar um caso clínico que angustiava o médico que havia salvado a vida do paciente, mas que agora sabia estar ele confinado às máquinas<sup>66</sup>, e após a experiência de, com monitoramento, desinflar os tubos da ventilação mecânica por alguns segundos para que o paciente pudesse se manifestar, Klüber-Ross argumenta:

Tentará o médico prolongar a vida, mas levará em consideração também as necessidades do paciente, discutindo-as francamente com ele. O nosso doente, que, antes de tudo, era uma pessoa, sentia-se inabilitado para suportar a vida justamente por estar impossibilitado de fazer uso das faculdades que lhe restavam. Com esforço conjugado, muitas destas faculdades podem ser despertadas, se não nos assustarmos vendo alguém sofrer desamparado. Talvez eu queira dizer o seguinte: podemos ajudá-los a morrer, tentando ajudá-los a viver, em vez de deixar que vegetem de forma desumana.<sup>67</sup>

A dificuldade em relação ao assunto também atinge os profissionais de saúde que lidam com a vida e a morte diariamente. Já há estudos a respeito da necessidade de se oferecer um preparo melhor para estes profissionais – tanto para sua higidez mental como para atuar com as

<sup>64</sup> KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte o morrer**: o que os doentes terminais têm a ensinar para médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998, p.24.

<sup>65</sup> DALANEZE, Aline Skawinski; BONINI, Luci Mendes de Melo; MELO, Tatiana Ribeiro de Campos; TAMADA, Jacqueline Kaori Tozaki. Relatos de médicos sobre a experiência do processo de morrer e a morte de seus pacientes. **Revista Médica**, São Paulo, 2017, p.84.

<sup>66</sup> Neste caso, o paciente manifestou o desejo de continuar vivendo, a par de todas as dificuldades.

<sup>67</sup> KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte o morrer**: o que os doentes terminais têm a ensinar para médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998, p.25.

famílias que estejam enfrentando a terminalidade de um ente querido ou em luto. Klüber-Ross foi pioneira neste assunto. Em um estudo a respeito, Aline Dalaneze, em conjunto com outros autores, expôs:

Em relação à formação, principalmente acadêmica, os estudantes de medicina são preparados para lidar com a morte de um paciente apenas tecnicamente, deixando o lado humano esquecido em muitas vezes. A estes profissionais da saúde cabe a preservação da vida, por isso, acredita-se que seja necessária uma revisão nos currículos dos cursos de medicina que os auxilie na construção de valores, comportamentos, atitudes resilientes e outras formas de enfrentar a morte do paciente sem haver desgastes pessoais. Por outro lado, diante do morrer e da morte do paciente, este profissional precisa compreender que há de se cultivar formas mais humanas de oferecer dignidade para a família e para aqueles que não têm mais chances de cura. É sob este ponto de vista que Sócrates afirmava na seguinte frase: “o importante não é evitar a morte, o importante é evitar que ela seja injusta”.<sup>68</sup>

O paciente deve ser atendido e assistido e nele feitas todas as manobras necessárias para salvá-lo ou curá-lo, desde que sejam úteis. Um tratamento será inútil ou fútil quando for incompatível com os princípios éticos fundamentais de beneficência e de não maleficência, ou seja, quando mais prejudicarem do que ajudarem o paciente. Essa obstinação terapêutica é condenável e viola o próprio objetivo da medicina, que é promover o bem-estar e a saúde.

Entendemos que a atitude não só do médico, mas de toda a equipe, de não praticar a distanásia, é fundamental para garantir conforto ao paciente, que se manterá confiante na honestidade da relação paciente-médico e saberá que, qualquer decisão a ser tomada, o será com base em informações reais e fidedignas e não com base em ‘meias-verdades’. Esta postura, ademais, ajuda a própria família do paciente, que não raramente, sente-se confusa, desorientada e impotente, situação que só piora na falta de uma relação franca.

O dever do profissional da saúde de preservar e cuidar da vida humana não pode se transformar em prática que traga sofrimento e

---

<sup>68</sup> DALANEZE, Aline Skawinski; BONINI, Luci Mendes de Melo; MELO, Tatiana Ribeiro de Campos; TAMADA, Jacqueline Kaori Tozaki. Relatos de médicos sobre a experiência do processo de morrer e a morte de seus pacientes. **Revista Médica**, São Paulo, 2017, p.82.

desrespeito à vontade do paciente. A preservação da vida não pode se tornar um objetivo dissociado dos conceitos de autonomia do paciente e dignidade humana. Não se pode transformar a prática médica em uma verdadeira tortura para o paciente; é salutar o uso de aparelhos e de todo conhecimento científico para cuidar do paciente, mas isso não pode ser confundido com a ideia de que a morte deva ou possa ser adiada eternamente. O cuidado com o paciente não pode se transformar em verdadeiro martírio – a própria Constituição Federal, em seu artigo 5º, III, dispõe como direito fundamental que ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante.<sup>69</sup>

Um estudo realizado nos EUA mostrou que 63% dos médicos superestimam o tempo de vida de pacientes e 40% sugerem tratamentos que não recomendariam para si.<sup>70</sup>

Há diversos questionamentos, filosóficos e religiosos, a respeito do direito de abreviar a própria vida. Edgar Morin, no entanto, levanta outro aspecto importante: o fato de, por conta dos avanços científicos, o homem estar se tornando quase amortal. Questiona-se o prolongamento artificial da vida por um período indefinido, se este homem amortal continuaria sendo homem, que se define a si mesmo, como mortal.<sup>71</sup>

O autor utiliza a palavra amortal e não imortal; isto porque, imortal seria aquele que não morre, enquanto amortal é aquele que tem sua vida prolongada indefinidamente, ainda que não eternamente. Este ponto ressalta a importância da questão tratada nesta dissertação, ou seja, do direito de escolha quanto ao momento da morte, quando isso for possível.<sup>72</sup>

---

<sup>69</sup> BRASIL, Constituição Federal (1988).

<sup>70</sup> GAWANDE Atul. Leting go: what should medicine do when it can't save your life? **The New Yorker**, 2010. Disponível em: <<http://www.newyorker.com/>>. Acesso em: 14 out. 2017.

<sup>71</sup> MORIN, Edgard. **EL hombre e la muerte**. Barcelona: Kairós, 1974, p.346-347.

<sup>72</sup> O desejo de prolongar a vida e “enganar” a velhice, senão a morte, é algo presente na história da humanidade. No chamado papiro cirúrgico de Edwin Smith, de 1600 a.C, encontramos o texto *O livro para transformação de um homem velho em um jovem de 20 anos*, contendo a receita de unguento para eliminar rugas e manchas. Ainda, o tratado de *Sushruta Samhita*, datado de 400 d.C traz fórmula para conter o envelhecimento pelo uso de medicações com efeitos alucinógenos. (LEME LEG, Papaléo Netto M. A gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica em gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996 apud JALUUL, Omar. **Análise da dosagem sérica de elementos traço e sua correlação com aspectos clínicos de uma população de idosos saudáveis**. Tese de Doutorado em Ciências Médica. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2010. São Paulo, p.08, 2010). No que tange a período mais recente, citemos o Soro de Bogolometz (*Serum Antireticulocytotoxique*), vendido por

Nos tempos atuais, assistimos ao incremento do medo da morte e do processo de morrer. É justamente a obstinação em prolongar a vida que torna para alguns o tema deste estudo repelente. Atualmente a morte é vista menos como um processo natural do que como algo a ser evitado; a sociedade contemporânea teme a morte, evita o assunto, é necrófoba. Embora se defenda o direito à vida, não se pode transformar a busca pela cura ou as práticas terapêuticas em sofrimento desproporcional ao objetivo buscado.

Na verdade, defender que uma vida seja mantida a todo custo, inclusive contra a vontade do paciente, pode levar a ações degradantes e desumanas.

### 3 BIOÉTICA E BIODIREITO

Ao se estudar as questões de vida e morte, é necessário estudar também a Bioética e o Biodireito. Os conceitos apresentados neste capítulo são essenciais para que o assunto ora tratado seja melhor compreendido e se desenvolva de maneira esclarecedora.

A palavra Bioética foi utilizada pela primeira vez por Fritz Jahr, em 1927 (*bio-ethik*)<sup>73</sup>. Em seu artigo *Bio-Ethics: a review of the ethical relationships of humans to animals and plants*<sup>74</sup> propôs um imperativo bioético que ampliava para todas as formas de vida o imperativo moral de Kant: “age de tal modo que consideres a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa dos outros, sempre como fim e nunca como simples meio”. O conceito de Bioética de Jahr é mais amplo e inclui todas as formas de vida.<sup>75</sup>

Em 1970, o oncologista Potter difundiu a palavra Bioética, utilizando-a em sua obra *Bioética, ciência da sobrevivência* e depois, em 1971, em *Bioethics: bridge to the future* (Bioética: ponte para o futuro).<sup>76</sup>

Segundo Potter, a Bioética tem por finalidade auxiliar a humanidade no sentido de exercer uma participação racional e cautelosa no processo de evolução biológica e cultural. O autor apresenta outra definição para Bioética: combinação da biologia com os conhecimentos humanísticos diversos. Em sua obra apresenta:

Eu proponho o termo Bioética como forma de enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos.<sup>77</sup>

<sup>73</sup> PESSINI, Léo. **As origens da bioética**: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

<sup>74</sup> Bioética: uma revisão da relação ética dos humanos com animais e plantas. (tradução livre)

<sup>75</sup> JARH, Fritz. Bio-ethics: a review of the ethical relationships of humans to animals and plants. In: MUZUR, Amir; SASS, Hans Martin. **Fritz Jahr and the foundations of global bioethics**. Berlim: Lit, 2012, p.01.

<sup>76</sup> PESSINI, Léo. **As origens da bioética**: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

<sup>77</sup> POTTER, Van Rensselaer. **Bioethics, a science of survival, prentice hall Inc**. Englewood Cliffs: New Jersey, 1971, p.2.

Em todos os conceitos estudados é possível encontrar um núcleo comum: Bioética é o estudo que se forma pela união dos conhecimentos de Biologia, Medicina, Humanidades e Tecnologia; é o estudo que aborda questões éticas surgidas com a evolução dos conhecimentos científicos e tecnológicos, e como isso impacta a vida humana. Nos dizeres de O'Neill:

Bioética não é uma disciplina, nem mesmo uma nova disciplina; eu duvido se ela será mesmo uma disciplina. Ela se tornou um campo de encontro para numerosas disciplinas, discursos e organizações envolvidas com questões levantadas por questões éticas, legais e sociais trazidas pelos avanços da medicina, ciência e biotecnologia<sup>78</sup>.

Outros documentos importantes para a matéria são o Código de Nuremberg (documento elaborado após o julgamento realizado pelo Tribunal de Nuremberg, cujo conteúdo se preocupa com pesquisas realizadas em seres humanos), a Declaração de Helsinque (redigida pela Associação Médica Mundial em 1964, revisada várias vezes, a última em 2013; preocupa-se com a ética na pesquisa e representa o esforço da comunidade médica para regulamentar a investigação; estabeleceu o padrão internacional de pesquisa biomédica) e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2005.

Bioética é o estudo e o conhecimento sobre a vida e sua evolução, abrangendo diversas áreas do conhecimento e com elas contribuindo; trata da vida e da condução da vida e suas interações com o meio ambiente e com os avanços tecnológicos. É um campo de estudo multidisciplinar de discussão a respeito de problemas éticos e jurídicos surgidos do progresso das ciências médicas e da própria humanidade. A Bioética se preocupa com temas como o aborto, o uso de células tronco, a reprodução assistida, a contracepção, o transplante de órgão, a clonagem e a morte digna.

O Biodireito, por sua vez, está estritamente conexo à Bioética; ocupa-se de formular regras jurídicas em relação à problemática emergente

---

<sup>78</sup> O'NEALL O. **Autonomy and trust in bioethics**. Cambridge: Cambridge, 2002. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

do progresso técnico-científico da Biomedicina. O Biodireito questiona os limites jurídicos da licitude da intervenção técnico-científica possível.<sup>79</sup>

Nos dizeres de Maria Helena Diniz, como o Direito não pode furtar-se aos desafios levantados pela Biomedicina, surge uma nova disciplina, o Biodireito, estudo jurídico que, tomando por fontes imediatas a Bioética e a Biogenética, teria a vida por objeto principal.<sup>80</sup>

Na lição de José Alfredo de Oliveira Baracho:

O Biodireito é estritamente conexo à Bioética, ocupando-se da formulação das regras jurídicas em relação à problemática emergente do progresso técnico-científico da Biomedicina. O Biodireito questiona sobre os limites jurídicos da licitude da intervenção técnico-científica possível.<sup>81</sup>

Podemos afirmar, portanto, que Bioética e Biodireito são estudos entrelaçados: a Bioética ocupa-se de um estudo multidisciplinar (biologia, ética, medicina, biomedicina, filosofia, sociologia, engenharia genética, etc.) sobre a vida e como esta deve ser tratada, com ênfase nas inovações tecnológicas que permitem manipular a vida e as interações e consequências daí advindas para a humanidade e o meio ambiente. Já o Biodireito, surgido em decorrência da Bioética, estuda a regulação e a proteção jurídica da vida e do meio ambiente, garantindo o respeito à preservação, à dignidade humana e ao meio ambiente equilibrado.

A Bioética atuará na reflexão a respeito da vida e da saúde humana contribuindo para que o Direito absorva determinadas posturas e crie normas jurídicas – o que dependerá do contexto histórico-social e cultural.

Atualmente identificamos quatro princípios da Bioética que, justamente por serem princípios, devem guiar todo e qualquer estudo a respeito do tema. São os princípios da autonomia, da beneficência, da justiça e da não maleficência.

---

<sup>79</sup> BARACHO, José Alfredo de Oliveira. Vida humana e ciência: complexidade do estatuto epistemológico e do biodireito, normas internacionais da Bioética. **Revista de direito constitucional e internacional** v.14, n.56, São Paulo: RT, jul.-set., 2006, p.14.

<sup>80</sup> DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2014, p.32.

<sup>81</sup> BARACHO, José Alfredo de Oliveira. Vida humana e ciência: complexidade do estatuto epistemológico e do biodireito, normas internacionais da bioética. **Revista de direito constitucional e internacional** v.14, n.56, São Paulo: RT, jul.-set., 2006, p.14.

Todos foram formulados em 1978, pela Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos em Pesquisa Biomédica e Comportamental, constituída pelos Estados Unidos, em 1974, com o objetivo de prosseguir com uma pesquisa e um estudo completo que identificassem os princípios éticos básicos norteadores da experimentação em seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina. O trabalho da comissão resultou no relatório Belmont, de 1978, documento no qual estes princípios foram expostos.<sup>82</sup>

Ferrer e Álvarez<sup>83</sup>, assim como Genival Veloso França<sup>84</sup> apontam a obra de Tom L. Beauchamp e James F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, de 1979, como um texto básico ao estudo do tema, pois teria sido o primeiro a fazer uma abordagem principialista da Bioética.

No entanto, é de bom alvitre ressaltar que estes princípios servem como complemento a todos os princípios de Direito, ou seja, não basta transplantar os princípios da Bioética para o Direito e chamá-los de princípios do Biodireito. Sua observância não deve ser isolada à observância dos princípios da dignidade humana e da legalidade, apenas para citar alguns.

Assim, o que norteia a Bioética é justamente o bem-estar. Segundo Dall'Agnol, na Bioética, o enfoque é trabalhar a partir de princípios, isto é, de normas gerais de ação. Um dos princípios tradicionais da ética é o utilitarista, segundo o qual as ações são corretas na medida em que maximizam a felicidade.<sup>85</sup>

Princípios são as verdades fundantes e fundamentais formadoras do 'núcleo duro' do Direito e, como tal, orientam toda e qualquer criação ou interpretação de normas; são as diretrizes gerais para se tomar decisões.

---

<sup>82</sup> EUA. **National Commission for the protection of humans subjects of biomedical and behavioral research**. Belmont report – ethical principles and guidelines for the protection of humans subjects of biomedical and behavioral research, DWE Publication, 78-0012, Washington DC: US Government Printing Office, 1978.

<sup>83</sup> FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para fundamentar a bioética** – teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. Tradução de Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola, 2005, p.119.

<sup>84</sup> FRANÇA, Genival Veloso; FIGUEIREDO, Antonio Macedo. Bioética: uma crítica ao principialismo. **Revista Derecho y Cambio Social**, n.17, maio 2009. Disponível em: <<http://www.derechocambiosocial.com>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

<sup>85</sup> DALL' AGNOL. Darlei. **Bioética**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005, p.5.

Sem a pretensão de adentrar na discussão a respeito da diferença entre regras e princípios (espécies de normas), adotamos o entendimento de Canotilho. Segundo ele, regras são normas que, uma vez verificados certos pressupostos, são prescrições imperativas de conduta (exigem, proíbem ou permitem algo em termos definitivos) ao passo que os princípios são normas que exigem a realização de algo da melhor forma possível, de acordo com as possibilidades fáticas e jurídicas, não prescrevendo ou exigindo determinado comportamento, mas, sim, impondo a otimização de um direito ou bem jurídico<sup>86</sup>.

Willis Santiago Guerra Filho distingue normas jurídicas que são regras – em cuja estrutura lógico-deontica há a descrição de uma hipótese fática e a previsão da consequência jurídica de sua ocorrência – daquelas que são princípios, por não trazerem semelhante descrição de situações jurídicas, mas prescreverem um valor, que assim adquire validade jurídica objetiva, ou seja, em uma palavra, positividade.<sup>87</sup>

Passaremos a tratar dos princípios da Bioética de acordo com o Principlismo de Beauchamp, que embora não livre de questionamentos e críticas, orientam a Bioética e, por consequência, o Biodireito.

Segundo Maria Garcia, onde há vida (Biologia) e coexistência (Bioética), deve existir proteção (Biodireito). De tudo, remanescem como princípios fundamentais do Biodireito: que a humanidade é constituída de indivíduos iguais em dignidade e direitos e, ao mesmo tempo, diferentes na sua individualidade; que todo ser humano é livre, único, incondicionável, irrepetível; que o reconhecimento da sua diversidade implica, simultaneamente, aceitar sua liberdade, igualdade e individualidade; que a dignidade do ser humano sobrepõe acima de tudo.<sup>88</sup>

Note-se, no entanto, que os princípios que passaremos a estudar são complementares uns em relação aos outros e nenhum se sobrepõe ao

---

<sup>86</sup> CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito constitucional e teoria da Constituição**. Lisboa: Almedina, 2003, p.1255.

<sup>87</sup> GUERRA FILHO, Willis Santiago. **Processo constitucional e direitos fundamentais**. São Paulo: Celso Bastos, 1999, p.52.

<sup>88</sup> GARCIA, Maria. **Limites da ciência: a dignidade da pessoa humana – a ética da responsabilidade**. São Paulo: RT, 2004, p.176.

outro. Sua finalidade, ademais, é comum: orientar a pesquisa científica para que a ciência e a tecnologia não sejam utilizadas contra o próprio ser humano.

### 3.1 Princípio da autonomia

O princípio da autonomia também é conhecido como princípio do respeito às pessoas por suas opiniões e escolhas (segundo seus valores e crenças pessoais). Estabelece o respeito à liberdade de cada ser humano de decidir por si e sobre si mesmo, concretizando, a nosso sentir, um dos aspectos da dignidade humana. Este princípio é bastante estudado e discutido, especialmente no que diz respeito às escolhas que o paciente médico possa fazer, o que é extremamente relevante para o tema desta pesquisa.

A palavra autonomia, do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra, autoridade ou lei), foi utilizada originariamente para expressar o autogoverno das cidades-estado independentes.

Em 1978, o Relatório Belmont incorporou-se à Biomedicina e a autonomia passou a significar atribuição de poder para se tomar decisões sobre assuntos médicos. Em comparação, uma pessoa com autonomia plena tem os mesmos poderes e garantias que um Estado: autodeterminação.<sup>89</sup>

Segundo Dall'Agnol, sobre o tema:

Em outros termos, é autônomo um ser capaz de agir livremente. Para determinar se esse realmente é o caso, três condições devem ser preenchidas: a pessoa deve agir intencionalmente (querer fazer algo), com conhecimento do que faz (das consequências de suas ações) e livre de influências externas (por exemplo, não ser impedido de agir). Assim, uma criança recém-nascida não é considerada um ser autônomo, um agente consciente e capaz de se autodeterminar.<sup>90</sup>

---

<sup>89</sup> RIBEIRO, Diaulas Costa. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p.1749-1754, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

<sup>90</sup> DALL'AGNOL. Darlei. **Bioética**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005, p.10.

Esclarecido o significado de autonomia, é possível enunciar o primeiro princípio básico da Bioética: o respeito à autonomia das pessoas.

Decorre do respeito à autonomia do sujeito que ele tenha o direito de se autogovernar e decidir de maneira livre e informada, sem coação alguma. Para tanto, o sujeito deve ser informado a respeito de seu tratamento e das consequências das escolhas que vier a fazer. Nas situações em que o sujeito não possa decidir por si mesmo, poderá fazê-lo o seu representante legal. A possibilidade de decidir a respeito da interrupção da vida ou abreviamento do processo de morrer é ainda uma questão bastante controversa – não somente do ponto de vista jurídico.

Este princípio requer que o profissional da saúde respeite a vontade do paciente ou de seu representante, considerando, em certa medida, seus valores morais e crenças religiosas. Reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida (corpo e mente) e o respeito à sua intimidade, restringindo, com isso, a intromissão alheia no mundo daquele que está sendo submetido a um tratamento.<sup>91</sup>

Ao abordar a importância de se cientificar o paciente a respeito do seu estado ou doença, Klüber-Ross assevera:

Alguns médicos são favoráveis a que se diga aos pacientes, mas escondem a realidade do paciente para evitar uma crise emocional. Outros são sensíveis às necessidades de seus pacientes e obtêm êxito ao cientificá-los da existência de uma moléstia séria, sem lhes tirar a esperança. Pessoalmente, acho que esta pergunta jamais deveria ter surgido como um verdadeiro conflito. A questão não deveria ser “devo contar?” mas “como vou dividir isso com meu paciente?”<sup>92</sup>

No Brasil, o artigo XXI do Capítulo I do Código de Ética Médica prevê:

XXI – No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

---

<sup>91</sup> DINIZ, Maria Helena. **O Estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2014, p.523.

<sup>92</sup> KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e morrer**: o que os doentes terminais têm a ensinar para médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998, p.33.

Mencionado Código está em conformidade com o princípio da autonomia ora estudado, cuja observância supera a visão paternalista da medicina segundo a qual o médico é o “pai”, o único responsável e capaz de tomar as decisões. Entretanto, na contramão da legislação mundial, o Código Civil brasileiro dispõe:

Artigo 13. Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes.  
Parágrafo único. O ato previsto neste artigo será admitido para fins de transplante, na forma estabelecida em lei especial.

O que são bons costumes, a legislação não explica, especialmente por se tratar de conceito que comporta interpretações diversas ao longo do tempo. Basta lembrar que tatuagens já foram “mal vistas” e símbolo de transgressão dos “bons costumes”. Atualmente, a mesma discussão existe a respeito de modificações corporais.<sup>93</sup>

O artigo citado contraria o direito à autonomia, uma vez que limita o paciente a decidir sobre seu próprio futuro (dentro dos limites legais e a partir de requisitos previamente determinados: consciência, autonomia, informação, consentimento), o que deve ser respeitado desde que o paciente esteja informado.

A posição do legislador, que podemos classificar como paternalista, deve ceder diante da autonomia informada do paciente. Outro exemplo do desrespeito à autonomia é o Projeto de Lei n.5.069/2013: “Nenhum profissional de saúde ou instituição, em nenhum caso, poderá ser obrigado a aconselhar, receitar ou administrar procedimento ou medicamento que considere abortivo”. O texto, claramente, viola o direito de informação do paciente.

Trata-se de postura que retrata uma interferência indevida do Estado. Não há motivo para o Estado interferir em decisões individuais quando estas forem tomadas após o sujeito estar informado e consciente das

---

<sup>93</sup> São exemplos: implantes subdérmicos, cortes na língua para imitar a língua bífida de répteis, mamilos em forma de coração e o caso das chamadas ‘mulheres-girafa’, em Padaung, que começam a usar anéis metálicos no pescoço antes da puberdade, aumentando o número de anéis para alongar o pescoço; estes anéis não podem ser retirados.

consequências da decisão que venha a tomar e se não houver interesse público em limitar esta autonomia em prol do bem comum.

A autonomia não dispensa a capacidade para expressá-la. Há situações em que o paciente se torna incapaz de decidir, como nos estados de inconsciência em geral, o que justifica o surgimento dos testamentos vitais e das diretivas antecipadas, instrumentos de manifestação de vontade com a indicação negativa ou positiva de tratamentos e assistência médica futuras<sup>94</sup>.

O Supremo Tribunal Federal, ao analisar a questão do aborto dos fetos anencéfalos, declarou expressamente a necessidade de se proteger a liberdade de escolha no âmbito da esfera privada:

Compete ao Supremo assegurar o exercício pleno da liberdade de escolha situada na esfera privada, em resguardo à vida e à saúde total da gestante, de forma a aliviá-la de sofrimento maior, porque evitável e infrutífero.<sup>95</sup>

Muito embora o trecho acima diga respeito à questão diversa da ora tratada nesta pesquisa, a ela se aplica, na medida em que destaca a importância de se respeitar a autonomia do sujeito de decidir sobre suas questões médicas, especialmente para evitar sofrimento maior ou desnecessário.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos do ONU (Organizações das Nações Unidas) estabelece, a respeito da autonomia e do consentimento:

5º. Autonomia e responsabilidade individual

A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses.

6º. Consentimento

1. Qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por

<sup>94</sup> RIBEIRO, Diáulas Costa. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p.1749-1754, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

<sup>95</sup> BRASIL. **Supremo Tribunal Federal**. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.54, j.12-04-2012. Disponível em: <[www.stf.jus.br](http://www.stf.jus.br)>. Acesso em: 13 nov. 2015.

qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo.<sup>96</sup>

Klüber-Ross assevera:

Como vimos, está claro que o paciente em fase terminal tem necessidades muito especiais que podem ser atendidas se tivermos tempo para nos sentar, ouvir e descobrir quais são. Contudo, o mais importante talvez seja deixarmos perceber que estamos prontos e dispostos a partilhar algumas de suas preocupações.<sup>97</sup>

Este estudo, emblemático para a área médica e para o tema tratado, esclarece a necessidade e a importância de se ouvir o paciente, dar-lhe atenção e, conseqüentemente, respeitá-lo. Fica demonstrada, assim, a importância do Direito, dada sua finalidade, de proteger o direito à autonomia.

A ideia de que ao médico cabe uma decisão soberana tem cedido espaço, nas discussões médicas e jurídicas, para a autonomia do paciente que, informado e consciente, pode decidir a respeito de sua própria vida, com responsabilidade.

É claro que, ao defendermos o respeito ao princípio da autonomia, não estamos defendendo que esta autonomia seja absoluta. O indivíduo pode ter sua autonomia tolhida se houver justo motivo para tanto, como a prevalência do interesse público sobre o privado, ou se o exercício desta autonomia significar cometer um ato ilícito. Pertinente e adequada, portanto, a lição de Baracho:

O Biodireito formalístico e legalístico pretende garantir a autonomia da opção individual, confrontando-se com os aspectos da incompatibilidade com a vontade oposta. [...] Ciência e técnica só podem intervir sobre a vida, desde que não afetem a dignidade e ao direito.<sup>98</sup>

Uma aplicação prática do princípio estudado é o *Serious Illness Conversation Guide* (que poderia ser traduzido como 'Guia para Conversação

<sup>96</sup> ONU. Unesco. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**, 2005. Disponível em: <unesdoc.unesco.org>. Acesso em: 10 maio 2017.

<sup>97</sup> KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte o morrer**: o que os doentes terminais têm a ensinar para médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998, p.24.

<sup>98</sup> BARACHO, José Alfredo de Oliveira. Vida humana e ciência: complexidade do estatuto epistemológico e do biodireito, normas internacionais da bioética. **Revista de Direito Constitucional e Internacional** v.14, n.56, São Paulo: RT, jul.-set., 2006, p.14.

sobre Doenças Graves’) proposto por Atul Gawande, médico cirurgião que iniciou o *The Conversation Project* (projeto para incentivar e criar instrumentos que propiciem e favoreçam as conversas sobre terminalidade e final de vida). Trata-se de um questionário que tem como objetivo descobrir o que os pacientes terminais sabem a respeito da sua condição e entender quais são seus objetivos com a proximidade do fim. Pesquisas já revelaram que este tipo de abordagem encoraja a conversação e reduz a ansiedade dos envolvidos<sup>99</sup>.

Ao tratarmos do direito do sujeito decidir a respeito do término da própria vida, no entanto, não vislumbramos um dos óbices apontados, uma vez que a opção por abreviar a vida em nada prejudica outras pessoas ou a sociedade. Quanto à ilicitude, um dos pontos abordados é justamente demonstrar a possibilidade de legalizar a eutanásia voluntária e o suicídio assistido, desde que preenchidos os requisitos da autonomia, do consentimento informado e do auxílio médico.

### **3.2 Princípio da beneficência**

O princípio da beneficência estabelece a obrigação de não causar danos e de minimizar os riscos advindos de cada conduta a ser praticada no trato da vida humana. Para alguns doutrinadores, haveria outro princípio, o da não maleficência; outros entendem que proibir a maleficência decorre do princípio da beneficência.

França e Figueiredo afirmam que com a divulgação do Relatório Belmont, foram escolhidos três princípios universais para nortear os dilemas morais envolvendo as pesquisas com seres humanos: o respeito à liberdade das pessoas (autonomia), a beneficência e a justiça. Estes princípios foram os embriões de uma nova teoria que ganhou maior expressão no final da década de 1970. O Relatório, entretanto, não distinguiu a beneficência da não

---

<sup>99</sup> THE conversation project. Disponível em: <<http://theconversationproject.org/>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

maleficência, o que foi feito, posteriormente, por Tom L. Beauchamp e James F. Childress, na obra *Principles of Biomedical Ethics* em 1979.<sup>100</sup>

Beauchamp e Childress distinguem a beneficência da não-maleficência na medida em que beneficência é uma ação feita no benefício de outros; o princípio da beneficência, portanto, estabelece a obrigação de agir em benefício dos outros, promover o bem. Já a não maleficência seria a obrigação de não causar danos.<sup>101</sup>

O princípio da não maleficência poderia ser resumido a partir da premissa de “não causar danos intencionalmente”, “não fazer o mal”, enquanto o da beneficência iria além, pois estabeleceria ao profissional da saúde a obrigação de agir em prol dos pacientes, de seu bem-estar. A observância do princípio da beneficência requer atuação do profissional, ações positivas para beneficiar o paciente.

O Relatório Belmont incluiu a não maleficência como parte da beneficência e estabeleceu duas regras gerais formuladas como expressões complementares de uma ação benéfica: a) não causar o mal e; b) maximizar os possíveis benefícios e minimizar possíveis danos<sup>102</sup>.

Maria Garcia, ao explicar e traçar a ligação entre os princípios da Bioética, explica que o princípio da não maleficência designa a obrigação de não infligir dano ou mal e também, de maneira positiva, fazer o que está indicado, pois a omissão também produziria o dano. Ainda, que o princípio da beneficência refere-se a realizar um bem, um benefício somente compreensível à luz dos valores do indivíduo e, portanto, vinculado ao princípio da autonomia, que aponta a capacidade do ser humano de, livremente, tomar decisões e que se torna efetivo habitualmente perante o

---

<sup>100</sup> FRANÇA, Genival Veloso; FIGUEIREDO, Antonio Macedo. Bioética: uma crítica ao principialismo. **Revista Derecho y Cambio Social**, n.17, maio 2009. Disponível em: <<http://www.derechocambiosocial.com>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

<sup>101</sup> BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios da ética biomédica**. Tradução de Luciana Pudenz. São Paulo: Loyola, 2002, p.126.

<sup>102</sup> THE Belmont report: ethical guidelines for the protection of human subjects. Washington: DHEW Publications, 1978, p.06. No original, em inglês: “Two general rules have been formulated as complementary expressions of beneficent actions in this sense; (1) do not harm and (2) maximize possible benefits and minimize possible harms”.

consentimento informado. Somente assim nos distanciamos da visão paternalista de tomar decisões para o bem do outro sem considerá-lo<sup>103</sup>.

O princípio da não maleficência pode ser visto como desdobramento do princípio da beneficência, justamente por estabelecer a obrigação de não acarretar ao paciente nenhum dano intencional ou desnecessário, o que se traduz em algo benéfico ao paciente, conforme observa Dall' Agnol:

O princípio da não-maleficência possui uma longa tradição na ética médica, podendo ser encontrado no juramento hipocrático que todo estudante de medicina faz ao se formar. Esse princípio diz: em primeiro lugar, não cause dano.<sup>104</sup>

Este princípio requer o atendimento, por parte do profissional da saúde, dos interesses das pessoas envolvidas nas práticas, de modo a propiciar bem-estar e evitar danos, na medida do possível. Baseia-se na tradição hipocrática de que o profissional de saúde, em particular, o médico, só pode usar o tratamento para o bem do enfermo, segundo sua capacidade e juízo, e nunca fazer o mal ou praticar injustiça.<sup>105</sup>

O Código de Ética Médica brasileiro estabelece no Capítulo I:

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade. [...]

XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

XXIII – Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade.<sup>106</sup>

---

<sup>103</sup> GARCIA, Maria. **Limites da ciência**: a dignidade da pessoa humana – a ética da responsabilidade. São Paulo: RT, 2004, p.157.

<sup>104</sup> DALL' AGNOL. Darlei. **Bioética**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005, p.12.

<sup>105</sup> DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 9.ed. São Paulo: Saraiva, 2014, p.39.

<sup>106</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n.1938/2010**. Código de Ética Médica. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

Para alguns, esse seria um óbice para legalizar a eutanásia e o suicídio assistido – vistos como ações sempre danosas – pois estas disposições proíbem que se faça mal ao paciente.

Ao relacionarmos o princípio da não maleficência ao tema proposto neste estudo, porém, podemos discernir que não fazer mal não é, necessariamente, prolongar a vida do paciente o máximo possível. Há situações em que o tratamento é verdadeira angústia e sofrimento, ou seja, a própria vida se torna insuportável. Desta maneira, a prática da eutanásia voluntária ou do suicídio assistido, a depender do contexto fático, não violam, necessariamente, o princípio da beneficência, justamente porque a manutenção da vida do paciente pode ser considerada, por ele próprio, um mal.

É bastante famoso, por exemplo, o caso de Ramon Sampedro, autor da obra *Cartas do Inferno* (1996), na qual relata o sofrimento causado pela doença e pela recusa do reconhecimento do seu direito de morrer dignamente. O nome da obra já esclarece o que ele pensava sobre sua vida durante este período de dor e sofrimento. Em um trecho da carta enviada aos juízes, na qual requeria o reconhecimento do direito de morrer, lê-se:

Se me dirijo aos juízes pedindo-lhes o direito de renunciar à minha vida, será porque isso é o que desejo, e a ideia de que essa petição me seja concedida faz-me sorrir serenamente. Não acho graça nenhuma à artimanha psicológica de que o meu olhar e o meu sorriso sejam de grande utilidade para o bem colectivo. Não quero ensinar a ninguém como nem quando se deve morrer com o sorriso nos lábios e o rosto sereno. Porém, o senhor quer dar-lhe outro sentido: “Pede vida e muita vida.” Essa sua frase em maiúsculas, penso — e perdoe se estou enganado — que a escreve com toda a má fé. Eu asseguro-lhe que é mentira! [...] Certo, o senhor não me critica, toma-me por um pobre imbecil, o que é bastante mais ofensivo e imoral. [...] Ao que parece, quem não entende o que eu escrevo e peço ao seu Estado social e democrático de direito é o senhor. Leia a sua carta, e se quiser, como diz, ser meu amigo, peça desculpa publicamente pela sua falta de respeito para comigo. [...] Se a vida não tem valor para uma pessoa, é absurdo que outros queiram dar-lho porque assim o diz a lei e os fundamentos de direito. Esses fundamentos serão sempre reflexões filosóficas ou ideológicas com todos os preconceitos que cada casta arrasta consigo como tabus culturais. A vida como um conceito universal e de prazer não pode ser um mal, exceto para os delinquentes ou parasitas do sofrimento. Quem deseja renunciar à vida é porque a considera um mal. O juiz, o legislador ou o teocrata, se não tem

argumentos que demonstrem que a causa que provoca o desejo não existe, não têm qualquer autoridade.<sup>107</sup>

Em um caso que abordava a beneficência e a autonomia, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais decidiu pela ilegitimidade do Ministério Público para figurar como titular da ação judicial.<sup>108</sup> Na ação, o Tribunal assim se manifestou:

Portanto, terceiro não pode se postar como legitimado extraordinário, como previsto no artigo 6º, da CPC, razão pela qual o Ministério Público não tem legitimidade para postular, por meio de ação civil pública, direito alheio individual em nome próprio, porque somente o paciente tem a faculdade de exercer o direito de acesso à saúde, valendo-se dos meios e legitimidade próprios. Em razão da autodeterminação dos pacientes, estes têm o direito público subjetivo de se sujeitar ou não a um tratamento prescrito pelo médico, de modo que o Ministério Público não pode se apresentar como legitimado extraordinário (CPC, artigo 6º) e propor ação civil pública para defender interesses de terceira pessoa determinada e capaz, porque somente possui legitimidade para propor ações individuais homogêneas. De acordo com o artigo 22, do Código de ética médica, o médico deve obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal, após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado. Ao responder sobre a Consulta n. 18.688/12, sobre a desobrigação dos médicos em prolongar a vida de pacientes terminais, em expediente relatado pelo Conselheiro Reinaldo Ayer de Oliveira, o Conselho Federal de Medicina concluiu que o paciente tem direito a uma morte digna, escolhendo como e onde morrer, recusar ou solicitar certos tratamentos, medicamentos e intervenções, bem assim interrompê-los, sendo juridicamente possível dispor em documento visando assegurar a garantia constitucional de sua liberdade, inclusive de consciência.<sup>109</sup>

Pode-se depreender da decisão que a beneficência e a autonomia são princípios que devem ser conjugados, para que haja o melhor atendimento ao indivíduo. Atender ao princípio da beneficência apenas de acordo com os critérios do profissional de saúde, sem atenção ao que deseja o indivíduo, informado de sua condição e direitos, não é suficiente. A legitimidade para decidir a respeito dos tratamentos e morte digna, dentro dos critérios legais, é direito público subjetivo.

<sup>107</sup> SAMPEDRO, Ramon. **Cartas do inferno**. Tradução de Magda Bigotte de Figueiredo. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 2005, p.175-186.

<sup>108</sup> Ação movida em face do Município de Estrela do Sul, sob alegação de paciente, diagnosticada com esquizofrenia paranóide (CID 10 F 20.0), necessita com urgência dos medicamentos “Alprozalan 1,0ml”, “Haldol”, “Oluzafina 5mg” e “Lamofrigma 100mg”, conforme relatório e prescrição médica.

<sup>109</sup> BRASIL. **Tribunal de Justiça de Minas Gerais**. Apelação Cível 10248130003101001 MG, Rel. Renato Dresch, j.17 dez. 2015. Disponível em: <<https://tj-mg.jusbrasil.com.br>>. Acesso em: 13 out. 2017.

### 3.3 Princípio da justiça

O princípio da justiça, também chamado de princípio da imparcialidade na distribuição de riscos e benefícios, dispõe sobre a igualdade; estabelece que as pessoas não devem ser tratadas de maneira distinta, exceto se houver diferença relevante entre elas a ser considerada.

Este princípio, expressão da justiça distributiva, exige uma relação equânime nos benefícios, riscos e encargos, proporcionados pelos serviços de saúde ao paciente.<sup>110</sup> Claro que, neste ponto, surgem questões éticas sobre os motivos ou circunstâncias que ensejariam um tratamento diferenciado.

O princípio da justiça estabelece como condição fundamental a equidade: obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que seja correto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido. Estes conceitos, no entanto, são abertos e subjetivos.

O Relatório Belmont, inclusive por conta da preocupação com o ocorrido durante a Segunda Guerra Mundial – quando prisioneiros dos campos de concentração nazistas foram utilizados para experimentos científicos – propôs as seguintes ponderações a respeito do princípio em estudo:

Quem deve receber os benefícios da pesquisa e os riscos que ela acarreta? Esta é uma questão de justiça, no sentido de 'distribuição justa' ou 'o que é merecido'. Uma injustiça ocorre quando um benefício que uma pessoa merece é negado sem uma boa razão, ou quando algum encargo lhe é imposto indevidamente. Uma outra maneira de conceber o Princípio da Justiça é que os iguais devem ser tratados igualmente. Entretanto esta proposição necessita uma explicação. Quem é igual e quem é não-igual? Quais considerações justificam afastar-se da distribuição igual? [...] Finalmente, sempre que uma pesquisa mantida por fundos públicos leve ao desenvolvimento de procedimentos e instrumentos terapêuticos, a justiça exige que tais vantagens não sejam disponibilizadas apenas para aqueles que podem pagar e que a pesquisa envolva pessoas de diferentes grupos entre os beneficiários da subsequente aplicação desta pesquisa.<sup>111</sup>

<sup>110</sup> DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 9.ed. São Paulo: Saraiva, 2014, p.40.

<sup>111</sup> THE Belmont report: ethical guidelines for the protection of human subjects. Washington: DHEW Publications, 1978, p.8-9.

Perquirir a respeito do princípio da justiça não é questão nova, porém muito atual. O desenvolvimento das técnicas médicas e a produção de remédios de alto custo, além da dificuldade de acesso aos serviços médicos, mantém a discussão.

Segundo o princípio da justiça, a pessoa tem o direito de receber cuidados voltados à sua saúde. Respeitá-lo significa respeitar e observar a garantia de igualdade de direitos, a equidade na distribuição de bens, os riscos e benefícios, respeitar as diferenças individuais e buscar alternativas para atendê-las. Significa, ainda, respeitar a liberdade de expressão e atribuir igual consideração aos interesses envolvidos nas relações do sistema de saúde, dos profissionais e dos usuários.<sup>112</sup>

O princípio da justiça está ligado ao conceito de equidade, ou seja, dar a cada um o que lhe é devido segundo suas necessidades. Desta forma, mediante algumas condições, como o consentimento informado e a consciência do paciente, de que lhe seja devido pelo Estado o respeito à sua vontade, o direito à morte assistida e à morte digna não viola o princípio em comento. Engloba-se aqui o respeito imparcial do direito e da vontade de cada um.

É também a partir desse princípio que se fundamenta a objeção de consciência. Se o princípio da justiça está ligado às noções de igualdade de direitos e de respeito às diferenças individuais, sustenta a ideia de objeção de consciência.<sup>113</sup> Esta, por sua vez, sustenta o direito de um profissional de se recusar a realizar um procedimento, ainda que aceito pelo paciente ou legalizado. Esta conduta, em princípio, poderia ser vista como um óbice ao reconhecimento do direito da morte assistida, tema que será abordado nos capítulos seguintes.

---

<sup>112</sup> Um debate atual que envolve a aplicação desse princípio está na aplicação de altas somas de recursos públicos para atender pacientes que necessitam de procedimentos e remédios de alto custo e a judicialização da medicina. Não entraremos nesse debate, apenas porque ensejaria a elaboração de outro trabalho, fugindo do escopo ora pretendido e não porque não seja importante.

<sup>113</sup> Caso famoso a respeito de objeção de consciência é o do médico Desmond T. Doss. Durante a Segunda Guerra Mundial ele se alistou no Exército americano mas se recusou a pegar em armas e, durante a Batalha de Okinawa, atuando na ala médica, salvou mais de 75 homens utilizando no campo de batalha uma polia de cordas para tirar os feridos do cume da serra. Foi processado pela Corte Marcial, mas a acusação foi retirada. Acabou sendo o primeiro objetor de consciência a ser condecorado pelo governo americano com a medalha de honra do congresso. Sua história foi retratada no filme *Hacksaw Ridge* (no Brasil: Até o último homem).

José Carlos Buzanello ensina que a objeção de consciência é uma modalidade de resistência de baixa intensidade política (negação parcial das leis) e de alta repercussão moral. Caracteriza-se por um teor de consciência razoável, de pouca publicidade e nenhuma agitação, que objetiva, no máximo, um tratamento alternativo ou mudanças da lei. O direito do Estado, assim, não alcança o foro íntimo, a privacidade da pessoa. O que a objeção de consciência reclama é a não ingerência do Estado em assuntos privativos da consciência individual, que se confunde também com a dignidade humana, agora solidificada como princípio constitucional (artigo 1º, III, da Constituição Federal). Como autodeterminação consciente da vontade individual, a objeção de consciência opera como sinônimo de livre arbítrio, tem natureza personalíssima, como as decisões relativas ao próprio corpo (caso da objeção às vacinas, aos testes de sangue, à concepção, ao aborto, à doação de órgãos, ao tratamento médico)<sup>114</sup>.

A objeção de consciência é a recusa ao cumprimento de uma norma por razões de consciência; ocorre um conflito ético entre os valores protegidos pela norma e os valores morais da pessoa. Com base na objeção de consciência, resguarda-se o direito do profissional de saúde de não realizar determinados procedimentos que violem seus próprios valores, ainda que a norma jurídica o autorize, desde que não seja caso de urgência, emergência, caso de ausência de outro profissional que possa realizar o procedimento ou situações em que a recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

Trata-se de um dispositivo normativo de códigos profissionais e de políticas públicas que visa proteger a integridade de pessoas envolvidas em uma situação de conflito moral<sup>115</sup> – se houver conflito entre deveres do profissional e direitos individuais, o contexto poderá ser alegado para permitir que o primeiro se recuse a atuar sem sofrer sanção.

---

<sup>114</sup> BUZANELO, José Carlos. Objeção de consciência: uma questão constitucional. **Revista de Informação Legislativa**, v.38, n.152, out.-dez., 2001, p.174.

<sup>115</sup> WICCLAIR, Mark R. **Conscientious objection in health care**: an ethical analysis. Cambridge University Press, 2011.

No Brasil, de acordo com o Código de Ética Médica e de documentos como "Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes" e "Atenção humanizada ao abortamento", está garantido ao médico o direito de alegar objeção de consciência. De acordo com o Ministério da Saúde, o médico pode recusar-se a realizar o aborto legalizado – desde que não seja o único profissional no local.<sup>116</sup>

O Código de Ética Médica brasileiro adota a possibilidade de objeção de consciência por parte do médico, ao dispor:

VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.<sup>117</sup>

Em relação ao tema proposto nesta pesquisa, é possível aplicar o princípio da justiça como elemento para se decidir a respeito do direito de morrer. Por um lado, atende-se à equidade (garantindo o acesso das pessoas aos cuidados com a saúde e assegurando que sejam auxiliadas por profissional da saúde). Por outro, fundamenta-se a objeção de consciência, o que possibilitaria que, mesmo diante do reconhecimento do direito do paciente à morte assistida e digna, o profissional de saúde se recusasse a atuar neste sentido.

Segundo Beatriz Murakami, por meio do uso da psicometria – ramo dedicado a estudar os modelos matemáticos de processos mentais, ou seja, avaliar objetivamente, por meio de números, as aptidões humanas e os fenômenos psicológicos – há a proposição de um modelo de questionário que

---

<sup>116</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: Norma Técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.; BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual**: perguntas e respostas para profissionais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. 2.ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

<sup>117</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n.1.938/2010**. Código de Ética Médica. Disponível em: <[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009-&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009-&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122)>. Acesso em: 16 jun. 2017.

serviria como instrumento para identificar sentimentos, crenças e atitudes de enfermeiros em relação à eutanásia.

Trabalho recente nesta área consistiu em elaborar e aplicar um questionário a alguns enfermeiros de determinado hospital para aferir seus sentimentos a respeito do tema. Responderam à pesquisa 244 enfermeiros brasileiros; 90% eram mulheres entre 21 e 51 anos, 50% delas católicas. O resultado indicou que 60% destes profissionais têm medo de lidar com pacientes que desejam realizar eutanásia, 70% sentem angústia e sofrem ao lidar com este tipo de paciente, 100% acreditam na sacralidade da vida e 80% acreditam que aqueles que solicitam eutanásia têm um sofrimento físico e psicológico intolerável, sentem-se abandonados e não receberam cuidados paliativos devidos – 80% deles acreditam que os que se submeterem à eutanásia sofrerão alguma punição divina. Em que pese 80% alegarem que não participariam de um procedimento de eutanásia por valores religiosos, 60% dos profissionais responderam que aceitariam participar do procedimento se este fosse legalizado no Brasil; 70% que solicitariam para si ou a um familiar em caso de doença incurável em fase terminal e 100% que realizar a eutanásia é ser justo com o paciente.<sup>118</sup>

A pesquisa revela a polêmica do tema e até contradição em algumas respostas, demonstrando o quanto a questão ainda precisa ser esclarecida e debatida.

Um profissional sem objeções poderia atender ao paciente, propiciar os procedimentos para realizar o suicídio assistido ou submetê-lo à eutanásia voluntária. Ainda assim, este é mais um dilema a ser enfrentado quando se analisa a morte assistida como um direito do paciente, por ser um desdobramento do seu direito ao auxílio médico. Reconhece-se que não se trata de um assunto simples.

Em suma, são esses os parâmetros utilizados para se perquirir a respeito de qualquer questão da Bioética e do Biodireito, além do princípio da dignidade humana.

---

<sup>118</sup> MURAKAMI, Beatriz Murata. **Elaboração de instrumento para identificação de sentimentos, crenças e atitudes de enfermeiros com relação à eutanásia**. Dissertação. Mestrado Profissional em Enfermagem. Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), 2016, p.43-46.

## 4 MORTE

### 4.1 Tabu e abordagem histórica

Não há como negar que a morte é dos assuntos que mais suscitam questionamentos e polêmicas. O tema acompanha a história da humanidade causando medo e fascínio ao mesmo tempo.

Segundo Freud, a morte é um tabu – termo de origem polinésia, cujo significado tem sentidos contrários. De um lado, significa sagrado, consagrado, e, por outro, misterioso, perigoso, proibido, impuro. O inverso de tabu em polinésio é *noa*, que significa ‘comum’ ou ‘geralmente acessível’. Assim, a palavra traz em si um sentido de algo que não pode ser abordado, expresso principalmente em proibições e restrições<sup>119</sup>, assuntos daqueles sobre os quais as pessoas, em geral, não gostam de falar. O homem, mesmo ciente da finitude da vida, quer negar a morte e não aceita sua inevitabilidade. Segundo observa Edgard Morin,

As ciências do homem não se ocupam da morte. Dão-se por satisfeitas em reconhecer o homem como um animal do fazer (*homo faber*), do cérebro (*homo sapiens*) e da linguagem (*homo loquax*). Não obstante, a espécie humana é a única para a qual a morte está presente durante toda sua vida, a única que associa à morte um ritual funerário, a única que crê na reencarnação ou na ressurreição dos mortos. [...] Mas, na verdade, as pessoas agem como se a morte fosse algo alheio. Mesmo cientes da mortalidade e, muitas vezes, tomando medidas para o momento da morte, no fundo, não acreditam que isso lhes ocorrerá.<sup>120</sup>

O homem moderno quer negar a morte. Se em tempos antigos ela ocupava um lugar primordial nas crenças, nos ritos e nas tradições das várias civilizações, atualmente foi removida para a periferia da nossa vida, dos nossos hábitos, dos nossos pensamentos, dando-lhe o lugar de esquecimento.<sup>121</sup> Nas palavras de Freud:

<sup>119</sup> FREUD, Sigmund. **Totem e tabu e outros trabalhos (1913-1914)**. Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p.11.

<sup>120</sup> MORIN, Edgard. **El hombre e la muerte**. Barcelona: Kairós, 1974, p.9. (tradução livre do autor).

<sup>121</sup> CANASTRA, Cilena do Céu Castro. **A morte: uma abordagem multidisciplinar**. Dissertação de Mestrado em Bioética Teológica. Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Teologia do Porto, 2007, p.10.

O fato é que nos é absolutamente impossível representarmos a nossa própria morte, e de todas as vezes que o tentamos, apercebemo-nos de que assistimos a ela como espectadores. Diz a escola psicanalítica que no fundo ninguém crê na sua própria morte ou o que é o mesmo que, no inconsciente, cada um está persuadido da sua própria imortalidade<sup>122</sup>.

Ao citar Freud e seu 'Tratado sobre psicanálise', Morin disserta sobre como insistimos em negar a morte, em seu caráter ocasional. Atribuímos a morte ao acidente, enfermidades, infecções, velhice avançada, o que revela claramente nossa tendência de despojar a morte de todo o caráter de necessidade, a fazer dela um acontecimento meramente acidental.<sup>123</sup>

Claramente, os autores estão tratando da negação da morte, da dificuldade do ser humano de encarar sua finitude, da perda de sua individualidade. Ou seja, colocamos a culpa pela ocorrência da morte em muitos fatores menos nela mesma. A morte é o resultado natural do processo que se inicia com o nascimento.<sup>124</sup>

Essa negação da morte, embora mais presente na atualidade, sempre existiu dentro do homem. A negação, consciente ou inconsciente, tem um ângulo benéfico, pois é justamente o mote de diversas pesquisas científicas, de inovações tecnológicas e de produções artísticas. O desejo do homem de negar a própria morte pode traduzir-se em suas criações, que ele deseja sejam conhecidas pelos que virão depois dele. O desejo de deixar o nome 'marcado na História' já trouxe grandes benefícios, avanços e inovações para a humanidade, não exclusivamente ruins. Esta negação, também, ode estar na base da atitude do homem que, ainda primitivo, deixou marcas de sua vida e de sua história em cavernas, contribuindo, assim, para o entendimento da vida do homem na Terra.

La Rochefoucauld dizia que nem o Sol nem a morte podem ser olhados cara a cara<sup>125</sup>. Entretanto, a morte é fato e há registros antigos da

<sup>122</sup> FREUD, Sigmund. **Nossa atitude para com a morte**. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p.327.

<sup>123</sup> MORIN, Edgard. **El hombre e la muerte**. Barcelona: Kairós, 1974, p.63.

<sup>124</sup> "Apesar da ameaça. Sou só garganta. Não sou violenta. Não sou maldosa. Sou um resultado". Trecho em que a morte fala sobre si. (ZUSAK, Markus. **A menina que roubava livros**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2011, p.13).

<sup>125</sup> MORIN, Edgard. **El hombre e la muerte**. Barcelona: Kairós, 1974, p.17.

relação entre o homem e a morte, ou seja, da importância deste acontecimento.

Segundo Morin, amparado em Lecomte, o homem *neanderthal* não só enterrava os seus mortos como os reunia em um mesmo lugar (como a Gruta das Crianças de Mentor). Segundo o autor, não se trata apenas de uma questão de instinto, mas da aurora do pensamento humano que se traduz por uma espécie de rebelião contra a morte.<sup>126</sup>

Na verdade, por mais que se queira adiar o assunto morte, cada um de nós, cedo ou tarde, terá de lidar com ele. A experiência da morte é algo sobre o qual nunca podemos pensar como uma experiência pessoal, mas apenas como a morte dos outros, uma vez que não temos o sentimento nem do morrer nem de estar morto. Toda morte é única, solitária, pessoal – daí afirmar-se que, em se tratando de experiência pessoal, a cada um deve ser dado o direito de vivenciá-la como melhor entender, respeitados os direitos de terceiros e da sociedade.

É natural e curiosa a dificuldade de encararmos a finitude da vida como algo natural. Mas na verdade, vida e morte são conceitos que se entrelaçam.

A morte já foi tratada com mais naturalidade, no período anterior à sociedade industrial. Segundo Philippe Ariès, “a atitude antiga que vê a morte ao mesmo tempo próxima, familiar, diminuída. Insensibilizada, opõe-se demais à nossa, onde nos causa tanto medo que nem ousamos dizer-lhe o nome”.<sup>127</sup>

O autor trata do homem ocidental, linha que também adotaremos. Dada a complexidade do tema, não caberia nesta dissertação pretender abordar a morte em todos os seus aspectos e sob todos os pontos de vista. No entanto, curioso notar que, ao mesmo tempo em que o historiador relata que os povos antigos tratavam a morte com mais naturalidade, Freud relata o

---

<sup>126</sup> MORIN, Edgard. **El hombre e la muerte**. Barcelona: Kairós, 1974, p.21-22.

<sup>127</sup> A esta morte antiga, familiar, o autor dá o nome de morte domesticada. (ARIÈS, Philippe. **Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média**. Tradução de Luiza Ribeiro, São Paulo, Unesp, 2014, p.37).

tabu sobre os mortos entre os povos primitivos – os aborígenes australianos e polinésios. Ou seja, o assunto é de interesse da humanidade desde sempre.

Ao tratar da morte como um tabu entre estes povos, traça um paralelo e uma comparação entre eles, perquirindo que as proibições morais e convenções sociais deles podem ter relação com as contemporâneas. É, portanto, fundamental estudá-las para compreendermos o nosso próprio imperativo categórico.<sup>128</sup> Para o psicanalista, é no tabu que encontramos a origem do Direito Penal, justamente porque são as primeiras regulações surgidas nas comunidades – as leis são herdeiras dele.

Na classificação de Philippe Ariès, um primeiro momento é o que podemos chamar de período da morte domesticada, que se estende até a Idade Média, quando, então, algumas mudanças no tratamento do tema são sentidas. Neste período, segundo o autor, “não se morre sem se ter tido tempo para saber que vai morrer”; as pessoas estavam mais familiarizadas com a morte, tanto que a morte súbita, repentina, era desonrosa e aterrorizava e dela “não se ousava falar”.<sup>129</sup>

Outra característica apontada pelo autor é a de que a morte “domesticada” é uma cerimônia pública, da qual participam parentes, amigos, vizinhos e crianças. Atribui ainda, como característica deste período, a simplicidade: simplicidade com que os ritos da morte eram aceitos e cumpridos, de maneira cerimonial, mas sem caráter dramático ou movimento de emoção excessivo. Em contraposição, no entanto, os antigos temiam a vizinhança dos mortos e os enterros eram realizados fora da cidade (fato que só mudou com o culto aos mártires e o cristianismo).<sup>130</sup>

Os povos antigos da Austrália e da Polinésia têm uma relação tabu com a morte. Nas palavras de Freud, o tabu sobre os mortos é especialmente virulento, manifesta-se nas consequências decorrentes do contato com os mortos e no tratamento dos que os pranteiam. As observâncias de tabus após

---

<sup>128</sup> FREUD, Sigmund. **Totem e tabu e outros trabalhos (1913-1914)**. Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p.14.

<sup>129</sup> ARIÈS, Philippe. **Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média**. Tradução de Luiza Ribeiro, São Paulo, Unesp, 2014, p.13.

<sup>130</sup> ARIÈS, Philippe. **Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média**. Tradução de Luiza Ribeiro, São Paulo, Unesp, 2014, p.23-24; 64-66.

o contato corporal com mortos são as mesmas em toda a Polinésia, Melanésia e parte da África. Sua característica mais comum é proibir que os que tiveram tal contato toquem em comida e a necessidade de serem alimentados por outras pessoas, que também não podiam tocá-las, sob pena de ficarem 'impuras'<sup>131</sup>.

Segundo Freud, quando o homem viu morrer um dos seus familiares, sua mulher, filho ou amigo a quem amava, certamente, sentiu dor e teve a experiência de que também ele poderia morrer. Isso lhe causou revolta; cada um dos seres amados mortos era um fragmento do seu próprio eu amado, o que deu início à indagação do homem a respeito do assunto e a seu conflito sentimental diante dele. O homem já não se via afastado da morte, mas não a queria reconhecer, já que lhe era impossível imaginar-se morto.<sup>132</sup>

O Cristianismo alterou significativamente o tratamento dedicado à morte. Segundo Philippe Ariès, isso ocorreu por conta da devoção às relíquias dos mártires e, posteriormente, pelo interesse em temas macabros e imagens de decomposição (aparecimento do cadáver na arte e na literatura, até o século XIII, quando se torna menos frequente) e o início da personalização das sepulturas.<sup>133</sup>

Por volta do século XIII, o homem ocidental passou a romantizar a morte, recuando diante da visão do cadáver. No final da Idade Média, a consciência de si mesmo confundiu-se com o amor pela vida. A morte não era mais vista como conclusão, mas como uma separação do possuir. Deixou de ser um balanço, um julgamento, uma liquidação de contas ou sono, para ser vista como podridão e carniça. Na lição de Ariès, a partir da segunda metade do século XIX, houve uma sensível alteração em relação ao tratamento do tema morte. Se até este período as modificações eram lentas, começariam, a partir de então, a adquirir mais velocidade. A morte começou a ser um

---

<sup>131</sup> FREUD, Sigmund. **Totem e tabu e outros trabalhos (1913-1914)**. Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p.38-41.

<sup>132</sup> FREUD, Sigmund. **Escritos sobre a guerra e a morte**. Tradução de Arthur Morão. Lisboa: Universidade da Beira Interior, 2009, p.24.

<sup>133</sup> ARIÈS, Philippe. **Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média**. Tradução de Luiza Ribeiro. São Paulo: Unesp, 2014, p.143.

assunto evitado, tanto para poupar o moribundo, o doente, como para evitar à sociedade o incômodo da morte, que se tornara *inconveniente*.<sup>134</sup> Não se pode olvidar de outros fatores como a peste negra, que certamente contribuíram para afastar os homens dos cadáveres, por tornar a morte ainda mais aterrorizante.

A morte passou a representar uma ruptura indesejável com o cotidiano. As imagens e representações a seu respeito tornaram-se cada vez mais raras.

Embora discorde de Ariès em alguns pontos, Elias Norbert, em obra escrita na década de 1990, concorda que se morre hoje higienicamente, sem odores, em hospitais cujas rotinas compõem uma estruturação social para o evento do morrer, tornando-o um acontecimento amorfo: uma área vazia no mapa social.<sup>135</sup>

Freud, transcrevendo Westermarck, nos traz, no entanto, uma visão mais profunda da relação do homem com a morte, que talvez, em âmbito consciente ou inconsciente, perdure até hoje:

A morte é em geral encarada como o mais grave de todos os infortúnios; daí acreditar-se que os mortos estejam extraordinariamente insatisfeitos com a sua sorte. De acordo com as ideias primitivas, uma pessoa só morre se for morta – pela magia, quando não pela força – e uma morte assim tende naturalmente a tornar a alma vingativa e mal-humorada. Tem inveja dos vivos e anseia pela companhia dos velhos amigos; não é de admirar, portanto, que envie doenças para causar a morte deles [...] Mas a noção de que a alma desencarnada é, em geral, um ser maldoso [...] tem também, indubitavelmente, uma estreita relação com o medo instintivo dos mortos, o qual, por sua vez, é resultado do medo da morte.<sup>136</sup>

Nas décadas de 1930 a 1950 se deu uma importante mudança relacionada ao tema: a morte passou a ocorrer em hospitais e não mais nas residências. A morte neste ambiente não comportava cerimônias rituais

<sup>134</sup> ARIÈS, Philippe. **Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média**. Tradução de Luiza Ribeiro. São Paulo: Unesp, 2014, p.755-768.

<sup>135</sup> NORBERT, Elias. **A solidão dos moribundos**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001, p.36.

<sup>136</sup> WESTERMARCK, Edvard Alexander apud FREUD, Sigmund. **Totem e tabu e outros trabalhos (1913-1914)**. Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p.42-43.

presididas pelo moribundo. As manifestações aparentes de luto diminuíram – já não se mudavam o vestuário e os hábitos cotidianos.<sup>137</sup> Isso não significa, necessariamente, que não exista sentimento e que as pessoas sejam indiferentes à sua própria morte ou dos entes queridos.

Neste contexto, atuais e pertinentes as palavras de Luis Cabré Pericas:

Da realidade da morte pessoal de antigamente, passamos para a morte médica, ou melhor, dita medicalizada. Esta morte médica é um ato confuso e oficioso de uma sociedade que é confusa. [...] A sociedade nos levou a que a morte se realize em hospitais e dificilmente vamos poder mudar isso; o que podemos fazer é dignificar ao máximo o processo.<sup>138</sup>

Para Ariès, a sociologia e a psicologia oferecem os primeiros sinais do que ele chama de “redescoberta da morte pelo homem contemporâneo”.<sup>139</sup> Muito embora a obra de Ariès tenha sido publicada na década de 1970, mais precisamente em 1975, historicamente, não estamos distantes deste pensamento.<sup>140</sup>

Ainda há muita resistência, mas aos poucos, as pessoas começam a voltar a aceitar a morte como algo natural e cotidiano, ou, ao menos, a preocupar-se mais com a situação de quem está próximo à morte – sem que com isso, é claro, se questione o sentimento e o sofrimento pelos entes queridos. A obra *The Meaning of Death* (1959), de Herman Feifel e as obras de Elizabeth Kübler-Ross (décadas de 1960 e 1970) foram importantes no sentido de colocar o papel e a dignidade do moribundo em primeiro plano.

Atualmente, novas representações da morte têm sido propostas – como forma de amenizar ou embelezar a morte. Se estas atitudes são mais uma forma de negar a mortalidade ou uma forma mais sadia de se lidar com o

<sup>137</sup> ARIÈS, Philippe. **Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média**. Tradução de Luiza Ribeiro. São Paulo: Unesp, 2014, p.769.

<sup>138</sup> CABRÉ PERICAS, Luis. Problemas al final de la vida em la medicina altamente tecnificada. In: (Orgs.) LOCH, Jussara de Azambuja; GAUER, Gabriel José Chittó; CASADO, Maria. **Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica**. Rio Grande do Sul: PUCRS, 2008, p.399-400.

<sup>139</sup> ARIÈS, Philippe. **Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média**. Tradução de Luiza Ribeiro. São Paulo: Unesp, 2014, p.794.

<sup>140</sup> Em 1963 é publicada a obra *The American way of death*, de Jessica Mitford, que trata da comercialização da morte e o alto custo dos ritos funerários. Em 1998 é publicada *The American Way of Death Revisited*, escrita em 1996, pela mesma autora, pouco antes de seu falecimento, obra literária também relevante a respeito do tema.

assunto, ainda será objeto de estudo por sociólogos e profissionais da saúde, dentre eles, psicólogos e psiquiatras. Como exemplo, citamos as propostas de se enterrar as cinzas com sementes – para que dos restos mortais nasçam árvores<sup>141</sup> – ou transformar as cinzas em diamantes.<sup>142</sup>

Importante mencionar que a cremação tem crescido como forma de ritual fúnebre. Citemos, como exemplo, uma pesquisa realizada em 2013. O resultado apontou que, em 2017, metade dos americanos escolheriam a cremação.<sup>143</sup>

Ainda assim, consideramos atuais as palavras de Ariès, que em 1975 afirmava:

De resto, a verdade é que, com os progressos da terapêutica, da cirurgia, sabemos positivamente cada vez menos se a doença grave é mortal, a tal ponto aumentaram as probabilidades de escapar! Mesmo diminuídos, podemos continuar vivos [...] Morre-se assim quase em segredo, mais só do que Pascal alguma vez terá imaginado. Esta clandestinidade é o efeito duma recusa absoluta de admitir a morte daqueles que se amam e ainda do apagamento da morte em face da obstinação na cura da doença. Tem também um outro aspecto que os sociólogos americanos conseguiram decifrar. Onde nós somos tentados a ver apenas um escamoteamento, eles mostram-nos a criação empírica de uma maneira de morrer em que a discrição aparece como a forma moderna da dignidade. [...] Ousar falar da morte, admiti-la nas relações sociais, já não é, como antigamente, permanecer no cotidiano, é provocar uma situação excepcional, exorbitante, sempre dramática. A Morte era noutros tempos uma figura familiar e competia aos moralistas torná-la horrível para causar medo. Hoje em dia, basta nomeá-la para provocar uma tensão emocional incompatível com a regularidade da vida cotidiana.<sup>144</sup>

A visão da morte como algo alheio à própria existência, ou seja, algo que só ocorre com o outro ou na família do outro, ainda é o que se

<sup>141</sup> “It’s the first Italian project created to promote the realization of green cemeteries in our country. Capsula Mundi is a container with an old perfect shape, just like an egg, made with modern material -starch plastic- in which the dead body is put in a fetal position. Capsula Mundi is planted like a seed in the soil, and a tree is planted on top of it. The tree is chosen when the person is alive, relatives and friends look after it when death occurs. A cemetery will no longer be full of tombstones and will become a sacred forest”. (Disponível em: <[http://www.capsulamundi.it/progetto\\_eng.html](http://www.capsulamundi.it/progetto_eng.html)>. Acesso em: 20 jun. 2015).

<sup>142</sup> Trata-se de serviço prestado por crematório brasileiro. Disponível em: <[http://www.crematoriovaticano.com.br/paginas/diamante\\_memorial.html](http://www.crematoriovaticano.com.br/paginas/diamante_memorial.html)>. Acesso em: 20 jun. 2015.

<sup>143</sup> Segundo a reportagem veiculada no jornal *Times*, já há serviços para transformar as cinzas em fogos de artifício, tintas, jóias, prensadas em discos de vinil ou colocadas em bolas de beisebol, dentre outras opções. (SANBURN, Josh. New american way of death. *Times Journal*. Publicado em: 24 jun. 2013 Disponível em: <<http://time.com/645/the-new-american-way-of-death/>>. Acesso em: 17 nov. 2015).

<sup>144</sup> ARIÈS, Philippe. **Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média**. Tradução de Luiza Ribeiro. São Paulo: Unesp, 2014, p.150-151.

percebe nos dias atuais. Isso se observa pela morte hospitalizada (porque a morte se dá em hospitais, portanto, distante dos leitos familiares) e pelo fato de que ela foi dissociada do contexto familiar – não se fala de morte, principalmente perto de crianças e pessoas idosas.

Maria Julia Kóvacs trata a respeito do que chama de morte banalizada ou escancarada, mostrada por uma mídia sensacionalista – a morte entra nos lares pela mídia, mas não é discutida, como se pudesse ser evitada pelo desligar da televisão.<sup>145</sup>

Deve-se admitir que a sociedade atual nega a morte como parte da vida. A imagem mais atual que temos da morte está ligada à medicalização dos pacientes e à morte ocorrida nos leitos hospitalares; o médico e a ciência são os opositores da morte, um monstro a ser combatido.<sup>146</sup> No entanto, já é possível vislumbrar sinais de que o assunto, ainda que seja tabu, está voltando à tona, focado, principalmente, na dignidade do sujeito prestes a falecer – o que se observa pelos estudos a respeito das diretrizes antecipadas de vontade, por exemplo.

De acordo com Baudoin e Blondeau, o ‘direito-liberdade’ de morrer vai se transformando em um direito subjetivo, coincidindo com uma tomada de consciência dos limites dos usos da tecnologia e de seus possíveis abusos desumanizantes.

A reivindicação de um direito à morte simboliza um protesto, uma refutação categórica da perda do sentido profundamente humano de morrer e o desejo incontornável de apropriar-se do controle da vida e da morte. É neste espírito que se compreende a emergência de certo número de tentativas de “reapropriação” da morte engajada e resoluta sobre uma visão de humanização e de reconhecimento da dignidade humana. Em outras

---

<sup>145</sup> KÓVACS, Maria Julia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992, p.145.

<sup>146</sup> Ariès, na obra citada, relata um episódio, ocorrido em um hospital californiano. Uma senhora, após lutar contra a doença, um certo dia cansou-se e resolveu esperar a morte, fechando os olhos e recusando-se a abri-los, numa atitude de renúncia à luta vital, claramente contrária ao *acceptable style of dying* (forma de morrer aceitável). Se noutros tempos esta atitude poderia ser vista sem surpresa, no hospital foi motivo de desespero para os profissionais da saúde. O filho desta senhora foi chamado para convencê-la a abrir os olhos e deixar de incomodar as pessoas com esta atitude. É o que o autor nomeia de *embarrassingly graceless dying* (o contrário à morte aceitável; seria a morte que causa embaraço aos outros).

palavras, a conquista do senso que obriga a fruir da morte a encarar a sua face. Diversos expedientes ditados por um desejo de humanização concorrem nos mesmos objetivos: vencer o medo, domesticar a morte, melhorar o acolhimento e aliviar as pessoas moribundas. Trata-se, dentre outros, de combater o furor terapêutico, de reivindicar o respeito dado em testamento, de exigir o direito à eutanásia e a vocação inerente da morte e seu caráter humano junto às instituições e unidades cada vez mais numerosas de cuidado paliativo.<sup>147</sup>

Não obstante, também é difícil compreender ou aceitar a morte encefálica. Há dificuldade, pelos leigos, que não são profissionais da saúde, de entenderem este conceito.

Edvaldo Leal de Moraes transcreve o depoimento de uma pessoa a respeito da morte “cerebral” que traduz o senso comum a respeito do tema: “Eu acho a morte cerebral muito ingrata. Ela não mata o ser humano, mata apenas a cabeça. É diferente de um infarto, em que a pessoa vai embora por inteiro”. Segundo o autor, enfermeiro que acompanha a notificação das famílias sobre o diagnóstico de óbito,

[...] temos a impressão que surgem dois conceitos de morte. Depois da cerebral, muitas famílias não dão o aval para a doação e esperam o coração parar de bater naturalmente, como se a pessoa fosse terminar de morrer. Mas ela não pode morrer pela segunda vez, porque já está morta.<sup>148</sup>

A par de todo o estudo histórico e psicológico a respeito do tema, a morte continua sendo algo que nos traz ideias e sentimentos ambíguos, pois embora haja consciência de sua existência e entendimento de que se trata de um processo natural e inevitável, continua inverossímil para cada um de nós.

---

<sup>147</sup> BAUDOIN, Jean-Louis; BLONDEAU, Danielle. **Ethique de la mort et droit à la mort**. Paris: Presses Universitaires de France, 1993, p.87.

<sup>148</sup> MORAES, Edvaldo Leal. **A recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante**. Dissertação de mestrado. Administração em Serviços de Enfermagem. 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis>> Acesso em: 30 maio 2017.

## 4.2 Suicídio. O desejo de terminar a vida

Se a morte é assunto tabu, mais ainda é morrer por ter tirado a própria vida. São conhecidos os castigos anunciados para este ato pela maior parte das religiões: arder eternamente no fogo do inferno, atraso na evolução espiritual e, portanto, necessidade de reencarnar para purgar o ato cometido. As sanções não são somente de ordem espiritual. Há a proibição de ser enterrado em solo sagrado ou, quando menos, ser enterrado em cemitério separado dos demais.

Freud já alertava para o que denominou pulsão de morte ao dizer que “o objetivo da vida é a morte, e voltando o olhar para trás, que as coisas inanimadas existiram antes das vivas”. Ou seja, segundo ele, há um movimento natural e orgânico que se direciona para a morte.<sup>149</sup> De acordo com alguns estudiosos sobre a vida de Freud, aliás, ele foi um dos que optou pela morte assistida, que teria sido praticada pelo médico Max Schur, com sua anuência e de sua filha Anna, procedimento que consistiu em overdose de morfina.

Para Cremasco e Brunhari, junto desta pulsão é possível focalizar a angústia, motor do desejo de morrer.<sup>150</sup>

Para Lacan, o suicídio faz do ser que se mata um signo para os outros: é precisamente a partir do momento que o sujeito morre que ele se torna, para os outros, um signo eterno, e os suicidas mais do que os outros.<sup>151</sup> Este tornar-se símbolo, associado ao conhecimento de que a angústia levou o sujeito a desejar exterminar com a própria vida, nos leva a afirmar que o desejo de morrer é o desejo de demonstrar para o outro, para o mundo, o desejo de eliminar o sofrimento que já não se pode suportar.

<sup>149</sup> Relaciona, ainda, esta pulsão de morte com a libido, que seria o seu freio. Segundo o famoso psicanalista, esta pulsão tem qualidade destruidora, enquanto a libido tem a função de torná-la inócua; a pulsão de morte é o sadismo primário, idêntica ao masoquismo. (FREUD, Sigmund. **Além do princípio do prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1998, p.205).

<sup>150</sup> CREMASCO, Maria Virgínia F; BRUNHARI, Marcos Vinícius. Da angústia ao suicídio. **Revista Mal-Estar e Subjetividade** v.IX, n.3, Fortaleza, 2009, p.785-814.

<sup>151</sup> CREMASCO, Maria Virgínia F; BRUNHARI, Marcos Vinícius. Da angústia ao suicídio. **Revista Mal-Estar e Subjetividade** v.IX, n.3, Fortaleza, 2009, p.805.

Tratando justamente do suicídio como signo, como forma de eternizar-se na mente dos demais, mas analisando a questão sob o ponto de vista de fazer o outro sentir-se castigado, Nelson Teixeira disserta sobre o suicídio-vingança:

Nesta modalidade de autocídio, a pessoa, ao matar-se, como que intenta 'vingar-se' do ambiente de que se originou sua resolução desesperada; como que idealiza fique sendo sua morte um contínuo reproche ao exterior, e que sua recordação perdure, para sempre, como uma recriminação constante, fazendo sofrer aos que ficaram.<sup>152</sup>

O autor relembra dois casos que se enquadrariam nesta situação: um literário e outro real. O primeiro é a morte de Anna Karenina. Tostói narra a cena: “A morte apresentou-se a seu espírito como o único meio de castigá-lo. Uma só coisa lhe interessava naquele instante: castigá-lo! E matou-se, para fazê-lo”. O outro caso, real, foi o suicídio de Getúlio Vargas, narrado pelo autor:

[...] fixando-nos apenas numa rápida apreciação de curto e expressivo bilhete de despedida, redigido em plena tormenta psicológica, quando a idéia suicida, tirânica, impiedosa e avassaladora, lhe passara a dominar o espírito, e a polarizar toda sua atividade mental — focalizemos, neste bilhete, por assaz ilustrativa, a primeira frase: “À sanha dos meus inimigos, deixo o legado de minha morte!” — bem típica das cartas dos que realizam o suicídio-vingança. Pouco lhe falta, como na carta da bailarina suicida, o dedo que ameaça do além-túmulo: Minha morte perseguirlos-á enquanto viverem. Estarei sempre a apontá-los, pelo mal que me fizeram!<sup>153</sup>

Para a discussão do tema suicídio, entendemos necessário abordar a cultura japonesa, que não vê no ato, necessariamente, algo desonroso.<sup>154</sup>

<sup>152</sup> TEIXEIRA, Napoleão L. Suicidas históricos. **Revista de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais**. Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.direito.ufmg.br>>. Acesso em: 28 abr. 2016, p.150.

<sup>153</sup> TEIXEIRA, Napoleão L. Suicidas históricos. **Revista de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais**. Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.direito.ufmg.br>>. Acesso em: 28 abr. 2016, p.150.

<sup>154</sup> Cite-se como exemplo o escritor japonês Yasunari Kawabata (Nobel de literatura em 1968) que cometeu suicídio 1972, envenenando-se com gás e sem deixar qualquer carta ou bilhete. Em 1970, Yukio Mishima (também escritor; pseudônimo de Hiraoka Kimitake), cometeu *harakiri* em protesto, depois de ter tentado inutilmente, amotinar a guarnição de Tóquio. No enterro de Mishima, Kawabata pronunciou a oração fúnebre. Como parte do ritual, Mishima endereçou a seus editores um envelope com a parte final de seu livro *O mar da fertilidade* e juntou-se a quatro companheiros da Tateno-Kai (Sociedade dos Escudos, criada por ele em 1968) e seguiu rumo ao quartel-general das Forças Armadas, em Tóquio. Lá, coagiu o general Kanetoshi Mashita a recebê-lo, sob ameaça de matá-lo. Suicidou-se em seguida, após exigir a presença de 1000 homens para ouvirem seu discurso final. Enquanto os homens eram reunidos, dois de seus discípulos distribuíram panfletos com uma mensagem inflamada de amor ao Japão e suas tradições. Ajoelhou-se quase nu e bradou três vezes *tenno heika banzai* (longa vida ao imperador). Em

*Harakiri* (cortar a barriga) é uma forma mais coloquial de se referir ao *seppuku* (cortar o ventre), ritual japonês de suicídio praticado de acordo com regras e cerimônias. No passado, o ato visava, na maioria das vezes, a reparar a honra do suicida, manchada por alguma conduta indigna. Também podia ser feito no campo de batalha, para evitar a captura pelo exército inimigo. O primeiro *seppuku* de que se tem registro é do ano 1170, quando o samurai Minamoto Tametomo se suicidou atirando seu corpo sobre sua própria espada, após a derrota para um clã rival.<sup>155</sup>

No Japão, provavelmente pelo fato de o suicídio não ser visto como pecado, a prática é mais cometida. É famosa a Floresta de Aokigahara, conhecida como floresta dos suicidas, que fica na base do Monte Fuji, local bastante procurado por aqueles que desejam cometer suicídio. O governo japonês, para tentar coibir a prática e desassociar o local da prática, não mais divulga o número de suicidas na floresta, desde 2003.

Na Antiguidade Ocidental, tanto Grécia quanto Roma possuíam legislação a respeito do suicídio – eram condutas proibidas e consideradas uma injustiça para a comunidade. Aquele que desejasse suicidar-se tinha de apresentar um pedido às autoridades (Senado), explicando suas razões; se o pedido fosse atendido, o suicídio era considerado legítimo.<sup>156</sup> Ainda que não concordemos com a necessidade de autorização estatal ou que o suicídio possa representar injustiça à comunidade, interessante notar que no período da Antiguidade já se reconhecia, em certo sentido, o direito ao suicídio.

---

seguida, Masakatsu Morita (partidário, admirador e amante) também se matou. Um outro soldado, Furu-Koga, decepcionou a cabeça de Mishima e depois, com a mesma precisão, a de Morita. Mishima sentia-se humilhado com a rendição japonesa na Segunda Guerra Mundial, em especial com a renúncia exigida do imperador Hiroito de seu caráter divino. Com este exemplo de Mishima, denota-se, claramente, o caráter de signo, proposto por Lacan. Denota-se também o fato de que o cometimento do suicídio seja uma violação da sacralidade da vida, é uma visão; uma visão ocidental, cultural e limitada em certo tempo, já que a antiga cultura japonesa dá outro sentido para o ato. (UOL. **Almanaque Folha**. O suicídio de um Prêmio Nobel. São Paulo. Publicado em: 17 abr.1972. Disponível em: <[http://almanaque.folha.uol.com.br/ilustrada\\_17abr1972.htm](http://almanaque.folha.uol.com.br/ilustrada_17abr1972.htm)>. Acesso em: 08 maio 2017). Outro exemplo é o de Masabumi Hosonu, cidadão japonês que estava a bordo do navio Titanic e sobreviveu ao naufrágio embarcando em um dos botes salva-vidas. Para tanto, violou a regra de “mulheres e crianças primeiro”. Ao chegar ao Japão foi encarcerado e considerado desgraça nacional – justamente porque morrer seria mais digno, representaria melhor a cultura e os valores japoneses. Muito embora o fato tenha se dado em 1912, demonstra que a morte nem sempre é vista como algo terrível. (MAYO, Jonathan. **Titanic minuto a minuto**. São Paulo: Vestígio, 2017).

<sup>155</sup> BATTIN, Margaret Pabst. **The ethics of suicide**: historical sources. Oxford University Press, 2015, p.372.

<sup>156</sup> DURKHEIM, Émile. Relações do suicídio com os outros fenômenos sociais. In: **O suicídio-estudo sociológico**. 7.ed. Lisboa: Editorial Presença, 2001, p.348-386.

A Escola Estoica, fundada por Zenão na Grécia, em 400 a.C., que teve grande propagação, especialmente no Império Romano, debruçou-se sobre o tema. O mais importante para os estoicos era viver em harmonia com a natureza e de acordo com a razão. Por exemplo, se o estado de saúde não permitisse uma vida feliz, o homem sensato poderia considerar o suicídio, e levá-lo a cabo, pois não aumentava nem diminuía sua virtude moral.<sup>157</sup>

Pitágoras, no século VI a.C., rejeitou o suicídio com o fundamento de que somos os bens de Deus e que o suicídio seria a saída da vida sem ordem do capitão; seria uma covardia, uma espécie de deserção.<sup>158</sup>

Platão também se posicionou contra o ato do suicídio, aceitando-o somente em situações excepcionais: quando ordenado pelas autoridades da cidade, infortúnio inevitável e extremamente doloroso ou vergonha incontornável que tornasse a vida insuportável. Afora estas situações, o suicida deveria ser punido, mediante enterro em local ermo e sem qualquer identificação ou distintivo.<sup>159</sup> Platão vê o homem como propriedade dos Deuses.

Com as obras de Santo Agostinho o suicídio passou a ser uma usurpação da autoridade de Deus e da Igreja.<sup>160</sup>

Por outro lado, Montesquieu defendeu o direito do homem a suicidar-se, pois alegava:

Se me encontro sucumbido de dôres, de miséria, de desprezo, por que se quer impedir-me de pôr fim às minhas penas e me privar cruelmente de um remédio que está em minhas mãos? Por que se quer que eu trabalhe para uma sociedade de cujo seio não quero fazer parte? Por que obedecer a uma convenção que foi feita sem que eu dela participasse? A sociedade funda-se sôbre uma vantagem recíproca: porém, quando ela se me torna onerosa, incômoda, quem me impede de renunciar a ela? A vida me tem sido dada como um favor; eu posso restituí-lo quando deixa de o ser. A

<sup>157</sup> CHOLBI, Michael. **Suicide**. Stanford Encyclopedia of Philosophy. Disponível em: <<http://plato.stanford.edu/entries/suicide/>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

<sup>158</sup> TEIXEIRA, Napoleão L. Suicidas históricos. **Revista de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais**. Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.direito.ufmg.br>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

<sup>159</sup> PUENTE, Fernando Rei (Org.) **Os filósofos e o suicídio**. Belo Horizonte: UFMG, 2008, p.18-19.

<sup>160</sup> GÓES, Paulo de. **O problema do suicídio em Santo Agostinho à luz de De Civ. Dei, I**. Tese de Doutorado em Filosofia. Universidade Estadual de Campinas, 228 f. 2004, p.185. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

causa cessa, o efeito deve cessar também (Lettres persanes, Carta LXXVI).<sup>161</sup>

Ao analisar o tema – angústia e suicídio – Cremasco e Brunhari entrevistaram pessoas que tentaram o suicídio e algumas cartas de adeus. Os autores verificaram as descrições de um sofrimento insuportável que culmina na tentativa de suicídio. Para ilustrar:

Eu era muito triste, todo dia eu chorava, chorava, chorava de noite. Tinha muita raiva das pessoas, das coisas [...] E era uma tristeza que não saía de mim [...] Mas era uma tristeza que vinha de dentro de você e você não sabe o porquê e nem de onde...não sei, sabe? [...] Tem horas que não sei de onde veio esta angústia toda, essa depressão toda. Mas era horrível, lembro que minha vida era horrível. (Alice, 20 anos).<sup>162</sup>

São trechos de cartas suicidas:

Não vou sarar nunca  
Deixe-me morrer em paz  
Não so bixo para ficar prezo (*sic*).<sup>163</sup>

Percebe-se, claramente, o sofrimento e a angústia ligados ao ato de tirar a própria vida.

Os autores, com fundamento em Cassorla, observam que não se pretende afirmar a angústia e o sofrimento como causa da tentativa de suicídio, pois o que se chama “causa” é, na verdade, o elo final desta cadeia. A causa remete a algo desconhecido, desprovido de palavras.<sup>164</sup>

Para Cassorla, a morte é vista como uma solução não porque se deseje a morte, mas porque a vida se tornou insuportável. Segundo o autor, “o suicida não quer morrer – na verdade, ele não sabe o que é a morte; [...]

<sup>161</sup> MIRANDA, Darcy Arruda. O crime de induzimento ao suicídio. **Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, n.1, jan.-jul. 1966, p.47. Disponível em: <djur.stj.jus.br/jspui/bitstream>. Acesso em: 29 abr. 2016.

<sup>162</sup> CREMASCO, Maria Virgínia F; BRUNHARI, Marcos Vinícius. Da angústia ao suicídio. **Revista Mal-Estar e Subjetividade** v.IX, n.3, Fortaleza, 2009, p.803-804.

<sup>163</sup> DIAS, M.L. Suicídio: Testemunhos do adeus. São Paulo: Brasiliense; CREMASCO, Maria Virgínia F; BRUNHARI, Marcos Vinícius. Da angústia ao suicídio. **Revista Mal-Estar e Subjetividade** v.IX, n.3, Fortaleza, 2009, p.805.

<sup>164</sup> CREMASCO, Maria Virgínia F; BRUNHARI, Marcos Vinícius. Da angústia ao suicídio. **Revista Mal-Estar e Subjetividade** v.IX, n.3, Fortaleza, 2009, p.803-804.

ele está tentando fugir da situação de um sofrimento que chega às raias do insuportável”. Esse é, geralmente, indescritível com o vocábulo que temos.<sup>165</sup>

A certeza do “não tenho mais nada a perder”, boa tradução para a angústia que leva ao ato, não deixa de apresentar certo reencontro com o que causa a angústia.<sup>166</sup>

O que se pode extrair dos estudos da psicanálise é que a angústia leva o sujeito a desejar a morte, mas não a morte por si, uma vez que ninguém sabe o que é vivenciar a morte até que esteja passando pela situação, o que se dá de modo único e pessoal. O desejo de encerrar a própria vida está ligado ao desejo de encerrar um sofrimento que se tornou colossal, insuportável. Trata-se do desejo de retornar a um estágio sem dor e sofrimento, uma fuga da situação vivida.<sup>167</sup>

O relatório *Preventing suicide: a global imperative*, publicado em 2014, resultado de um estudo realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) revela que o fato do tema ser tabu colabora para sua prática, uma vez que a pessoa que está pensando em suicidar-se não se sente à vontade para conversar sobre o tema – o que poderia fazê-la mudar de ideia, procurar tratamento médico e evitar o ato.

Sob o ponto de vista da religião cristã e de outras religiões, o suicídio, mesmo o assistido e em casos de doentes terminais, equipara-se à eutanásia como ato imoral. Na Encíclica *Evangelium Vitae*, de João Paulo II:

Compartilhar a intenção suicida de outrem e ajudar a realizá-la mediante o chamado “suicídio assistido” significa fazer-se colaborador e, por vezes, autor em primeira pessoa de uma injustiça que nunca pode ser justificada, nem sequer quando requerida.

<sup>165</sup> CASSORLA, Roosevelt Moisés Smecke. Considerações sobre o suicídio. In: (Org.) CASSORLA, Roosevelt Moisés Smecke. **Do suicídio: estudos brasileiros**. Campinas: Papiros, 1991, p.17-26.

<sup>166</sup> GUIMARÃES, Maria Celina Pinheiro. O estatuto renovado da passagem ao ato. **Agora** v.XII, n.2, Rio de Janeiro, jul.-dez., 2009, p.305.

<sup>167</sup> Apesar de censurado, não é ato incomum. A Organização Mundial da Saúde elaborou um estudo, publicado em 2014, a respeito do tema. Segundo o relatório *Preventing suicide: a global imperative* (Prevenindo o suicídio: um imperativo global), a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo e, por conta disso, por volta de 800 mil pessoas morrem anualmente. As taxas de suicídio são mais altas entre os idosos (mais de 70 anos). Mas, em alguns países, (como o Japão) as taxas são maiores entre os jovens de 15 a 29 (segunda maior causa de morte). O mesmo relatório indica que o fato do tema ser interdito colabora para sua prática, uma vez que a pessoa que está pensando em suicidar-se não se sente à vontade para conversar sobre o tema – o que poderia fazê-la mudar de ideia, procurar tratamento médico e evitá-lo. (ONU. **Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO). *Preventing suicide: a global imperative*. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 08 maio 2017).

“Nunca é lícito — escreve com admirável actualidade Santo Agostinho — matar o outro: ainda que ele o quisesse, mesmo se ele o pedisse, porque, suspenso entre a vida e a morte, suplica ser ajudado a libertar a alma que luta contra os laços do corpo e deseja desprender-se; nem é lícito sequer quando o doente já não estivesse em condições de sobreviver”. Mesmo quando não é motivada pela recusa egoísta de cuidar da vida de quem sofre, a eutanásia deve designar-se uma *falsa compaixão*, antes uma preocupante “perversão” da mesma: a verdadeira “compaixão”, de fato, torna solidário com a dor alheia, não suprime aquele de quem não se pode suportar o sofrimento. E mais perverso ainda se manifesta o gesto da eutanásia, quando é realizado por aqueles que — como os parentes — deveriam assistir com paciência e amor o seu familiar, ou por quantos — como os médicos —, pela sua específica profissão, deveriam tratar o doente, inclusive nas condições terminais mais penosas.<sup>168</sup>

Juridicamente, há uma diferença entre o ato do sujeito que se suicida e o ato de tirar a vida de alguém, e, ainda, se há solicitação e sofrimento por parte do paciente. O que é relevado a segundo plano no texto papal, a nosso sentir, é o padecimento do doente e sua capacidade de autodeterminação. Entretanto, é fundamental, para se entender a defesa do direito de morrer, perceber o sofrimento de quem não suporta mais viver.

A verdade é que a vontade do sujeito e o que o motivou a decidir querer morrer devem ser investigados, especialmente, no âmbito jurídico, quando a decisão envolve a conduta de um terceiro, que ficaria, a pedido do sujeito, responsável pelo ato de encerrar a vida humana. Dworkin, ao tratar da decisão de morrer e a eutanásia, descreve:

Três problemas distintos giram em torno das decisões sobre a eutanásia. Devemos ter a preocupação de respeitar ao máximo a autonomia do paciente, seus interesses fundamentais e o valor intrínseco ou a santidade de sua vida. Contudo, corremos o risco de não entendermos adequadamente nenhuma dessas questões, ou de não percebermos se elas são favoráveis ou contrárias à eutanásia em uma circunstância dada, enquanto não compreendermos melhor por que algumas pessoas querem permanecer biologicamente vivas enquanto puderem fazê-lo, inclusive em circunstâncias terríveis, e por que outras, nas mesmas condições, insistem em morrer tão logo lhes seja possível.<sup>169</sup>

<sup>168</sup> JOÃO PAULO II, Papa (1978-2005). **Encíclica *Evangelium Vitae***. Disponível em: <<http://w2.vatican.va>> Acesso em: 10 mar. 2016.

<sup>169</sup> DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida**: aborto, eutanásia e liberdades individuais. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p.36.

É possível argumentar que o sujeito que não deseja viver pode retirar sua vida sem medo das consequências, o que é verdade. A legislação brasileira não pune o suicida, mas somente aquele que o auxilia, induz ou instiga (artigo 122, Código Penal). Portanto, segundo alguns podem argumentar, se assim ele se sentir, que “tome sua atitude”. Mas deve-se ter em mente que em algumas situações o sujeito não tem condições de agir por si; basta pensar na condição de um tetraplégico. Ao nos colocarmos na posição daquele que sofre, passamos a entender o quanto a continuação da vida tornou-se um fardo e não um direito; passamos a entender que o prolongamento daquela vida é, na verdade, um tratamento desumano e desrespeitoso.

O fato de a legislação não punir o suicídio é um argumento para não punir o auxílio, hoje previsto como delito. Vislumbra-se, na ausência de punição do suicídio frustrado, um reconhecimento implícito de que a vida é um direito do sujeito e que decidir sobre ela é um ato individual, pessoal. Aquele que tenta tirar sua própria vida e não conseguir, não será punido. Claro que o Direito, neste ponto, está atento ao fato de que alguém que está nesta situação não merece punição, mas acolhimento, dado seu estado emocional. Mas se esta alteração não for empecilho para o discernimento, não há porque negar ao indivíduo a gerência de sua própria vida.

Se, então, não se pune a tentativa, de certo modo, reconhece-se que o ato individual não afetou a vida em comunidade ou de outrem e, portanto, não justifica a intervenção do Estado.

Neste estudo, será tratado o suicídio assistido por médico nas situações em que o indivíduo estiver em sofrimento considerado atroz e não desejar mais viver. Pode-se argumentar que não há como ter certeza de que não surgirá a cura no dia seguinte ao ato de suicídio e que este ato retira do sujeito a possibilidade de cura diante do avanço da medicina ou de uma melhora espontânea. No entanto, em qualquer hipótese aventada, trata-se de uma aposta e a decisão sempre será tomada na incerteza.

## 5 DIREITO DE MORRER E DIGNIDADE HUMANA

Um dos objetivos desta pesquisa, além de demonstrar a legislação mundial e as decisões das Cortes a respeito do direito de morrer dignamente, é demonstrar a possibilidade de se reconhecer este direito também no Brasil, onde a prática da eutanásia e do suicídio assistido é absolutamente vedada.

No estágio atual do Direito brasileiro (e também de outros países) ainda não se reconhece o direito à morte digna que, em síntese, é o direito de a pessoa decidir a respeito da própria vida e sua duração – engloba o direito à informação sobre seu estado de saúde e possível quadro de evolução, direito aos cuidados paliativos e direito de recusar tratamentos e medicamentos, além de optar pela eutanásia ou pelo suicídio assistido.

No Brasil, quanto aos cuidados paliativos e a recusa de tratamentos, já houve avanço – sequer se discute estes direitos que, embora não sejam tratados pela lei, são objeto de Resolução do Conselho Federal de Medicina já declarada constitucional. No tocante às formas de se abreviar a vida – eutanásia e suicídio assistido – não; as práticas são vedadas.

O estudo do histórico a respeito da proteção do direito à vida, ou seja, da positividade desta proteção, revela que se buscou afastar qualquer concepção de ordem moral, religiosa, social, racial ou política a respeito da vida humana como argumento para violar este direito. Não é o Estado ou terceiros que devem definir qual vida é digna de ser vivida, e sim o próprio indivíduo, de acordo com seus valores pessoais.

É necessária a aceitação por todos do fato de que a morte, embora assunto e fato desagradável, é inevitável. Não se pode deixar de enxergar que a morte é apenas a última fase da vida.

A discussão a respeito da eutanásia e do suicídio assistido não é nova. Entre os favoráveis à licitude da eutanásia está Giuseppe del Vecchio. Para ele, aquele que abrevia o sofrimento a pedido (daquele que está morrendo) abrevia um sofrimento físico e psíquico atroz.<sup>170</sup>

---

<sup>170</sup> DEL VECCHIO, Giuseppe. Morte benefica (l'eutanásia) sotto gli aspetti etico, religioso, sociale e giuridico. Turim: Bocca, 1928 apud NERI, Demetrio. Eutanasia: la ragioni del si. In: **Alle frontiere della vita**. Eutanasia ed etica del morire. v.2. Messina: Rubbettino, 2003 p.75.

Renato Marcão critica uma possível alteração legislativa que torne a eutanásia lícita. Ao fazer uma abordagem histórica, menciona o artigo 143 do Código Penal Russo que permitiu, em 1922, o fuzilamento de 117 crianças acometidas de doença incurável à época, por terem ingerido carne de cavalo infectada.<sup>171</sup> Segundo o texto da norma, “o homicídio cometido por compaixão, a pedido daquele que será morto, está isento de pena”.

Não entendemos, no entanto, que as situações sejam comparáveis. Não se está, neste estudo, defendendo a morte em qualquer situação de enfermidade incurável e à revelia do sujeito, mas a possibilidade de, em caso de enfermidade grave e incurável, que retire do sujeito sua qualidade de vida de acordo com seus valores e conceitos individuais, ele possa optar por abreviar seu sofrimento.

Com a legalização da morte assistida, a decisão sobre antecipar o momento da morte não estaria nas mãos dos médicos ou junta médica, mas nas mãos do paciente. Muito embora sejam os profissionais médicos os qualificados a dizer se a doença é incurável, grave ou degenerativa, a decisão da morte seria do paciente consciente e informado. Caso o paciente seja ou esteja incapaz de manifestar sua opinião, não seria submetido à eutanásia (exceto se houver declaração expressa e válida feita anteriormente, de acordo com as diretrizes antecipadas de vontade).

Segundo Phillippe Ariès:

O homem do final da Idade Média tinha a consciência muito aguda de que era um morto adiado, de que o adiamento era curto, de que a morte, sempre presente no interior de si mesmo, destruía as suas ambições e envenenava os seus prazeres. E esse homem tinha uma paixão pela vida que nós, hoje, mal compreendemos, talvez porque a nossa vida se tornou mais longa.<sup>172</sup>

Discorda-se da ideia de que o homem contemporâneo não tenha paixão pela vida. Ao contrário, isso o move, instiga a pesquisa científica pelo prolongamento da vida. Esta ideia o faz negar a finitude da vida e aceitar a

<sup>171</sup> MARCÃO, Renato. Eutanásia e ortotanásia no anteprojeto do Código Penal brasileiro. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, n.6, 16 maio 2005.

<sup>172</sup> ARIÈS, Philippe. **Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média**. Tradução de Luiza Ribeiro. São Paulo: Unesp, 2014, p.38.

morte, sua e dos outros, como algo comum, com o que se tem que lidar. Daí, também advém a repulsa pela ideia de um direito de morrer.

Afora este aspecto psicológico, os argumentos religiosos seriam o maior óbice ao reconhecimento do direito de morrer ou ao direito de optar por morrer. Isto, porque, o aspecto religioso é dos mais influentes na formação de uma pessoa, seja porque crê em um poder soberano de Deus ou Deuses, seja pela falta desta crença.

Não é novidade que a posição dominante das religiões seja não admitir a possibilidade do direito de morrer, uma vez considerada a sacralidade da vida. Na Declaração sobre a Eutanásia da Igreja Católica Romana, de 1980, lê-se:

Ora, é necessário declarar uma vez mais, com toda a firmeza, que nada ou ninguém pode autorizar a que se dê a morte a um ser humano inocente seja ele feto ou embrião, criança ou adulto, velho, doente incurável ou agonizante. E também a ninguém é permitido requerer este gesto homicida para si ou para um outro confiado à sua responsabilidade, nem sequer consenti-lo explícita ou implicitamente. Não há autoridade alguma que o possa legitimamente impor ou permitir. Trata-se, com efeito, de uma violação da lei divina, de uma ofensa à dignidade da pessoa humana, de um crime contra a vida e de um atentado contra a humanidade. Pode acontecer que dores prolongadas e insuportáveis, razões de ordem afectiva ou vários outros motivos, levem alguém a julgar que pode legitimamente pedir a morte para si ou dá-la a outros. Embora em tais casos a responsabilidade possa ficar atenuada ou até não existir, o erro de juízo da consciência — mesmo de boa fé — não modifica a natureza deste gesto homicida que, em si, permanece sempre inaceitável.<sup>173</sup>

Por outro lado, o Papa João Paulo II assim se manifestou:

A religião exprime as aspirações mais profundas da pessoa humana, determina a sua visão do mundo, orienta o seu relacionamento com os outros: fundamentalmente oferece a resposta à questão do verdadeiro significado da existência, tanto no âmbito pessoal como social. Por isso mesmo, a liberdade religiosa constitui o coração dos direitos humanos. É de tal modo inviolável que exige que se reconheça à pessoa inclusivamente a liberdade de mudar de religião, se a sua consciência o pedir. Com efeito, cada um tem o dever de seguir em todas as ocasiões a sua consciência, e não pode ser forçado a agir contra ela (6). Por conseguinte,

<sup>173</sup> IGREJA CATÓLICA. **Declaração sobre a eutanásia** – Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé. Vaticano, 1980. Disponível em: <[http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_po.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html)>. Acesso em: 30 abr. 2015.

ninguém pode ser obrigado a aceitar à força uma determinada religião, quaisquer que sejam as circunstâncias ou as razões.<sup>174</sup>

Para Renato Marcão, a ortotanásia (situação em que, diante de dores intensas e intoleráveis sofridas pelo paciente terminal, o médico age para amenizá-las, mesmo que a consequência venha a ser, indiretamente, a morte do paciente) não passa de um artifício homicida; expediente desprovido de razões lógicas e violador da Constituição Federal, mero desejo de dar ao homem, pelo próprio homem, a possibilidade de uma decisão que nunca lhe pertenceu. Para corroborar seu raciocínio, argumenta:

Bento de Faria (Código Penal brasileiro comentado. Rio de Janeiro: Record, 1959. v. IV, p. 14.), apoiando-se nos ensinamentos de Nelson Hungria (op. cit., p. 117), escreveu em sua obra que o sofrimento é o preço da perfeição moral, é o tributo de peagem na peregrinação do homem pelo mundo. A licença para o homicídio eutanásico deve ser repelida, principalmente, em nome do direito. [...] Defendê-la (a eutanásia) é, sem mais nem menos, fazer apologia de um crime. Não desmoralizemos a civilização contemporânea com o preconício do homicídio. Uma existência humana, embora irremessivelmente empolgada pela dor e socialmente inútil, é sagrada. [...] A vida de um homem até o seu último momento é uma contribuição para a harmonia suprema do Universo e nenhum artifício humano, por isso mesmo, deve truncá-la.<sup>175</sup>

Maria Helena Diniz, no mesmo sentido:

[...] Esta (a vida) não é uma concessão jurídico-estatal, nem tão pouco o direito de uma pessoa sobre si mesma. Logo, não há como admitir a licitude de um ato que ceife a vida humana, mesmo sob o consenso de seu titular, porque este não vive somente para si, uma vez que deve cumprir sua missão na sociedade. A vida não é o domínio da vontade livre [...] A vida exige que o próprio titular do direito a respeite.<sup>176</sup>

Quanto ao entendimento de Maria Helena Diniz, o fato de afirmar, com razão, que a vida não é uma concessão jurídico-estatal, apenas reafirma

<sup>174</sup> JOAO PAULO II, Papa (1978-2005). **No respeito dos direitos humanos o segredo da verdadeira paz**. Mensagem para o Dia Mundial da Paz, 1º jan. 1999. Disponível em: <<https://w2.vatican.va>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

<sup>175</sup> MARCÃO, Renato. Eutanásia e ortotanásia no anteprojeto do Código Penal brasileiro. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, n.6, 16 maio 2005, p.7.

<sup>176</sup> DINIZ, Maria Helena. **O Estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2014, p.48.

o argumento de que não se trata de área que reclame ou autorize a interferência estatal.

Os autores pecam em razão dos argumentos religiosos e morais de que se valem. Muito embora a religião e a crença em um Deus seja um aspecto da sociedade que não se pode ignorar, no Estado laico, não é ele que deve pautar as decisões jurídicas. Ademais, quando se está a defender a morte assistida, não se está querendo fazer dela um ato obrigatório.

Ainda, se se trata de conduzir a questão para o âmbito religioso, na própria Bíblia, no Livro dos Reis, encontramos uma passagem sobre eutanásia, quando Saul se lançou sobre a sua própria espada para não cair nas mãos dos seus inimigos e ser feito prisioneiro. Embora assim o tenha feito, apenas se feriu e, então, pediu ao seu escravo para acabar com sua vida.

Alguns entendem que a legalização da eutanásia não é salutar para a sociedade, já que enfrentar a dor é algo digno e fonte de solidariedade social. São palavras de Leslei Lester Magalhães:

A dor e a morte serão dignas se bem aceitas e vividas pela pessoa, cuja dignidade nessa hora nasce da grandeza de ânimo com que as enfrenta. O que é digno do ser humano é ser tratado com os recursos médicos possíveis (analgésicos e demais medicamentos), o carinho de seus familiares e o devido atendimento religioso, que traz o consolo divino e a esperança na imortalidade. A eutanásia, no fundo, esconde uma faceta de utilitarismo em relação a uma vida humana, que seria avaliada pelo prazer ou dor que proporciona. Ademais, sabemos pela experiência universal que a dor é fonte de humanização pessoal e solidariedade social. Ajuda-nos a compreender melhor a nossa natureza e limitações. É lícito ao homem buscar diminuir a dor, mas sem tentar erradicá-la [...] Uma lei que estabelecesse a eutanásia estaria gerando um enorme fator de desagregação familiar, concedendo ao parentes o direito de matar os doentes em tais situações de necessidade e, assim, promoveria uma cultura de mercado em relação à vida humana: vale o quanto tem, vale o quanto produz e, se não produz, não vale nada. Há uma única postura ética possível de acordo com a justiça, frente a tamanho descalabro, a defesa incondicional da vida humana.<sup>177</sup>

Em que pese a necessária proteção da liberdade religiosa, o aspecto religioso não deve prevalecer para limitar o exercício de direitos

---

<sup>177</sup> MAGALHÃES, Leslei Lester dos Anjos. **O princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à vida**. São Paulo: Saraiva, 2012, p.147-148.

individuais que não prejudiquem terceiros. Por paradoxal que isto pareça, na verdade, garante justamente o direito à liberdade religiosa, ou seja, o direito individual de escolher – ou não – o caminho religioso que se queira seguir. O direito à liberdade religiosa abrange o direito de não professar ou seguir qualquer religião e a obrigação de respeitar a escolha alheia. A liberdade religiosa é garantida pela Constituição Federal de 1988 e pela Declaração Universal de Direitos Humanos, dentre outros documentos internacionais.

Para Dworkin, no lugar de liberdade religiosa é possível pensar neste direito com a garantia da independência ética, parâmetro que fixa a relação entre os indivíduos e o Estado, limitando as razões que o governo possa oferecer para restringir as liberdades. As proibições só se justificariam na proteção de todos, na proteção de terceiros.<sup>178</sup>

Numa sociedade secular, laica, o posicionamento religioso de alguns não pode ser imposto aos demais. Não é razoável obrigar alguém a viver com dor e sofrimento sob o argumento – abstrato – de que a vida é um bem sagrado e absoluto sob a ótica de outros. Não se trata aqui de discutir a respeito da origem divina e da sacralidade da vida, mas do seu aspecto jurídico.

Embora os valores morais e religiosos estejam na origem do Direito, por serem ambos criações humanas, os critérios da moralidade e da religião não devem levar, necessariamente, a se proibir uma conduta, até porque a moralidade é um conjunto de convenções cumpridas em razão da convicção íntima do indivíduo, não por imposição estatal. Ademais, aquilo que é imoral ou amoral não é sempre antijurídico. Como exemplo, tem-se a prescrição criminal – pode até ser vista como imoral, já que permite que um sujeito responsável pelo delito não receba punição, mas é juridicamente lícita.

Ao se falar do papel do Estado e do Direito no que tange à morte, remete-se à laicidade estatal. O que é religioso é particular e não pode ser imposto a todos.

Importa mencionar, nos dizeres de Daniel Sarmiento, que esta laicidade atua duplamente: a um só tempo, salvaguarda as diversas

---

<sup>178</sup> DWORKIN, Ronald. **Religion without God**. Cambridge: Harvard University Press, 2013, p.110-115.

confissões religiosas do risco de intervenção abusiva do Estado nas questões internas – por exemplo, valores e doutrinas professados, a maneira de cultuá-los, a organização institucional, os processos de tomada de decisões, a forma e o critério de seleção dos sacerdotes e membros – e protege o Estado de influências indevidas provenientes da seara religiosa, de modo a afastar a prejudicial confusão entre o poder secular e democrático – no qual estão investidas as autoridades públicas – e qualquer igreja ou culto, inclusive majoritário.<sup>179</sup>

No acórdão que tratou da questão do aborto de fetos anencéfalos, ao abordar a separação entre Estado e Religião, o Ministro Celso de Mello assim se pronunciou:

Se, de um lado, a Constituição, ao consagrar a laicidade, impede que o Estado intervenha em assuntos religiosos, seja como árbitro, seja como censor, seja como defensor, de outro, a garantia do Estado laico obsta que dogmas da fé determinem o conteúdo de atos estatais. Vale dizer: concepções morais religiosas, quer unânimes, quer majoritárias, quer minoritárias, não podem guiar as decisões estatais, devendo ficar circunscritas à esfera privada. [...] Significa que as religiões não guiarão o tratamento estatal dispensado a outros direitos fundamentais, tais como o direito à autodeterminação, o direito à saúde física e mental, o direito à privacidade, o direito à liberdade de expressão, o direito à liberdade de orientação sexual e o direito à liberdade no campo da reprodução.<sup>180</sup>

Para Clarisse Laupman, a laicidade estatal foi uma das maiores conquistas da humanidade e, sem ela, não poderíamos ter construído o direito à liberdade religiosa, tal qual conhecemos hoje.<sup>181</sup>

Há ainda a questão da sacralidade da vida – espera-se ou acredita-se assim seja, mas não há certeza. Este argumento traz uma premissa, uma ideia, que não pode ser comprovada e não é necessariamente um fato.

<sup>179</sup> SARMENTO, Daniel. O crucifixo nos tribunais e a laicidade do Estado. In: **Revista de Direito do Estado**, ano 2, n.8, p.75-90, out.-dez., 2007.

<sup>180</sup> BRASIL. **Supremo Tribunal Federal**. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.54, j.12-04-2012. Voto do Ministro Marco Aurélio de Mello. Disponível em: <www.stf.jus.br>. Acesso em: 13 nov. 2015.

<sup>181</sup> LIMA, Clarisse Laupman Ferraz. **Liberdade religiosa e segurança internacional**: desafios e perspectivas. Tese de Doutorado em Direito. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016, p.39.

David Hume, em seu ensaio *Of Suicide*, nos deixa uma importante inquietação a respeito: “se todos nós aceitarmos a ideia de que um Criador nos fez e nos deu a vida, não podemos concluir que o suicídio seja contra a vontade Dele”.<sup>182</sup>

Dworkin relata um caso norte-americano no qual se discutiu o tema abordado. Trata-se do caso Nancy Cruzan, no qual o juiz Rehnquist (Presidente do Tribunal) alegou que o estado do Missouri poderia mantê-la viva contra a sua vontade, alegando a santidade da vida e que o Estado é capaz de dizer o que é intrinsecamente uma coisa ruim. No mesmo sentido, o juiz Scalia alegou a sacralidade da vida, alegando que a vida tem um valor intrínseco, é sagrada e não pode ser violada ainda que contrarie os interesses de seu titular, ou seja, ainda que continuar a viver não seja do interesse do sujeito.<sup>183</sup>

A sacralidade da vida, se é que estaria sendo desrespeitada, o estaria sendo pelo próprio paciente que optou por abreviar o tempo de vida. Trata-se, portanto, de uma decisão pessoal e consciente, que não prejudica a vida em sociedade. Não é papel do Estado, portanto, proibir esta autonomia informada.

Defender a sacralidade da vida de forma abstrata à custa do sofrimento atroz, insuportável de um ser humano, não nos parece razoável; note-se que não vivemos no Estado Religioso, mas laico. É uma ideia bastante difundida e aceita a de que o Estado não deve ditar os valores religiosos e espirituais dos cidadãos. Na mesma toada, o desrespeito à decisão de terminar a própria vida e a proibição do auxílio médico nestes casos, soa paradoxal – até porque não há prejuízo para o Estado ou para terceiros.

Neste sentido:

O princípio da inviolabilidade (da vida) é um princípio insuficiente, porque ignora o horizonte existencial no qual as pessoas se movem atualmente e, levado às últimas consequências, pode levar a

---

<sup>182</sup> HUME, David. Two essays. **Of suicide and of the immortality of the soul**. Londres (1777, 1755), p.585. Disponível em: <<http://www.davidhume.org>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

<sup>183</sup> DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida**: aborto, eutanásia e liberdades individuais. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p.14.

resultados que atentam contra a vida. A modernidade afirma muito mais direito à autodeterminação, mesmo tratando-se da vida. A vida é um dom (ninguém pode dar a si mesmo a vida), mas, que, uma vez recebido, fica ao encargo e responsabilidade daquele que o possui. Cabe à pessoa dar mais qualidade à vida própria e à dos outros. Hoje, procura-se ter uma visão muito mais generosa de Deus em relação à autonomia do ser humano. Dispor da vida e intervir nela não fere o senhorio Deus, se esta ação não for arbitrária.<sup>184</sup>

Inobstante, o argumento da sacralidade da vida também pode levar a questionamentos e dilemas éticos e morais. Exemplifica esta situação o caso narrado por Beauchamp, no qual um pai nega-se a doar o rim para seu próprio filho, diante da incerteza do resultado do transplante e do perigo para si próprio.<sup>185</sup>

Ao se querer fazer prevalecer o argumento da sacralidade da vida como absoluto, ficam os questionamentos: estaria o pai obrigado a doar seu rim? Qual vida é mais sagrada?

Ademais, a prática da eutanásia ou do suicídio assistido não visa a morte, mas permite que esta ocorra com menos angústia e sofrimento, o que não deixa de ser uma atitude misericordiosa, se realizada de acordo com alguns critérios, como o consentimento consciente do paciente, relatório médico que ateste tratar-se de paciente em estágio terminal ou portador de doença degenerativa grave em estágio avançado. O médico e a equipe que realizarem o procedimento não devem ser os mesmos que elaboraram o relatório mencionado, para que se fale em interesse próprio ou egoístico.

Concordamos com a visão de Dworkin de que o que é sagrado e inviolável é seletivo. Ainda que se considere a vida humana sagrada e inviolável, porque seríamos o produto de uma criação natural, seja Deus, seja pelo processo evolutivo, não obstante, cada ser humano desenvolvido é produto não somente da criação natural, mas também do tipo de força humana criadora e deliberativa.<sup>186</sup>

---

<sup>184</sup> JUNGES, José Roque. **Bioética**: perspectivas e desafios. São Leopoldo: Unisinos, 1999, p.114.

<sup>185</sup> BEAUCHAMP, Tom L. CHILDRESS, James F. **Princípios da ética biomédica**. Tradução de Luciana Pudenz. São Paulo: Loyola, 2002, p.88.

<sup>186</sup> DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida**: aborto, eutanásia e liberdades individuais. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p.112-115.

Shelly Kagan, em seu curso sobre a morte na Universidade de Yale, discorre a respeito do tema e traz questionamentos importantes. Menciona a *fantastic container theory*, uma teoria que defende o valor intrínseco da vida, um valor *per si*. Observa que, mesmo para aqueles que defendem o valor intrínseco da vida, não se trata de qualquer tipo de vida – pois a ideia básica que sustenta esta teoria é que a vida teria um valor além da questão do que está acontecendo “dentro” da vida do sujeito – quando na verdade eles estão se referindo à vida de uma pessoa, uma entidade capaz de pensar, planejar, experimentar e conhecer coisas.

Mostrando-se adepto à teoria do bem-estar, admite que não se coloca em posições extremas, no sentido de que a vida das pessoas seja pior que nada ou melhor que nada. Admite, ainda que seja triste, em alguns casos e para algumas pessoas, que o que a vida tem a oferecer é suficientemente ruim a ponto de superar qualquer valor intrínseco que se queira atribuir à vida.<sup>187</sup> Esta é uma posição com a qual concordamos.

Há outros entendimentos e posicionamentos contrários ao direito de morrer com dignidade, como o de Velleman. Muito embora Velleman seja favorável à eutanásia e entenda que o papel da medicina é melhorar a vida (sendo o prolongamento uma consequência e não o objetivo), preocupa-se, particularmente, se o termo dignidade não estaria, muitas vezes, sendo usado para dignificar uma cultura obcecada com independência, força física e juventude, como se dignidade fosse incompatível com “ser cuidado por outro”.

Segundo o autor, um dos problemas de se discutir e oferecer a eutanásia aos pacientes é negar-lhes, por pré-definição (ou padrão) o direito de permanecerem vivos. Seria como colocar o sujeito diante do seguinte dilema: se ele não pode explicar, satisfatoriamente, porque ele escolheu viver, desapareceria sua única razão para existir.<sup>188</sup>

Paulo Otero também critica que se estabeleça um direito de morrer, direito à eutanásia. Segundo o autor, o reconhecimento ao direito à eutanásia, a exigência de que o Estado reconheça ao paciente terminal do “direito” de

---

<sup>187</sup> KAGAN, Shelley. **Death** (The Open Yale Courses Series). Kindle, 2012.

<sup>188</sup> VELLEMAN, J. David. Against the right to die. **The Journal of Medicine and Philosophy** 17, Kluwer Academic Publishers, 1992, p.665-681.

dispor da sua vida, amanhã se prepara para conferir ao Estado o poder de decidir sobre a vida dos idosos, doentes ou deficientes. Será, então, uma decisão motivada por simples critérios de eficiência, partindo do entendimento de que a sociedade não reconhece qualquer valor a quem por idade, acidente ou nascimento se encontra debilitado. Para Paulo Otero, os Estados modernos que desenvolvem uma “cultura de morte” acabam defendendo que aos presumíveis doentes e deficientes nunca lhes seja sequer reconhecido o direito ao nascimento, tornando lícito o aborto nestes casos, ou permitindo que certos tipos de doença ou deficiência justifique a legitimação do infanticídio ou a criação de um direito à eutanásia, comparável ao Estado nazista. No entanto, de maneira paradoxal, ao tratar de temas como Direito de Família, critica o intervencionismo do Estado: “[...] Hoje, pode bem afirmar-se, quase nada escapa ao Direito, sendo esta fúria regulamentadora, já qualificada de “hiperjuridicação”, o resultado directo de um despótico intervencionismo do Estado: visando nada deixar por regular [...]”.<sup>189</sup>

O paciente é um sujeito de direitos. É necessário respeitar que possa decidir sobre si mesmo ou que sejam respeitadas diretrizes externadas quando consciente e lúcido, justamente porque atitude contrária violaria a dignidade humana.

Para Edoardo Gianotti, o Estado e a moderna sociedade industrial, sustentados por enganosas concepções sobre o desenvolvimento econômico, enaltecem os progressos científicos e técnicos, conferindo-lhes absoluta prioridade, em detrimento da defesa dos direitos humanos.<sup>190</sup> A afirmação se sustenta, na medida em que os aspectos inerentes à natureza humana são relegados a um segundo plano. Muito se fala em direitos humanos e muitos textos e leis são elaborados, mas concretamente, as violações continuam a ser perpetradas. Vemos, na violação do direito inerente do ser humano à liberdade, uma verdadeira violação aos direitos humanos.

Klüber-Ross, em seu estudo sobre pacientes terminais, demonstrou que os pacientes, cientes da proximidade da morte, passam por cinco

---

<sup>189</sup> OTERO, Paulo. A crise do ‘Estado de direitos fundamentais’. In: **Lições de direitos fundamentais em homenagem ao jurista Celso Bastos**. São Paulo: Saraiva, 2005, p.185-186; 192.

<sup>190</sup> GIANOTTI, Edoardo. **A tutela constitucional da intimidade**. Rio de Janeiro: Forense, 1987, p.16-18.

estágios, denominados posteriormente de “Modelo Klüber-Ross” (não necessariamente todos ou nesta mesma ordem):

- a) Negação e isolamento;
- b) Raiva;
- c) Negociação;
- d) Depressão;
- e) Aceitação;<sup>191</sup>

Embora a médica esteja se referindo aos estágios pelos quais passa o paciente, é possível afirmar que o primeiro estágio, da negação, não lhes é exclusivo. Na verdade, a autora relata que seu trabalho, versando sobre pacientes terminais, suas necessidades e como tratá-los, no início sofreu rejeição por parte da comunidade médica. Conforme já abordado nesta pesquisa, há uma negação quanto à morte, que ainda é um assunto tabu.

Quanto ao último estágio, mais relevante para este estudo, a autora esclarece que não se deve confundir aceitação com felicidade; trata-se de estágio em que o paciente age como se a dor tivesse esvanecido, o “repouso derradeiro antes da longa viagem”, nos dizeres de um dos pacientes entrevistados.

Desta forma, se o sujeito aceita aquilo que será inevitável, deve-se apoiá-lo e respeitá-lo neste momento, ainda que isto signifique abreviar o acontecimento morte. Nas palavras de Klüber-Ross:

Se procurarmos resumir brevemente o que estes pacientes nos ensinaram, há um fato que, a meu ver, se destaca mais: todos eles estão cientes da gravidade de seu estado, quer tenham sido informados ou não [...]. Aprendemos que a morte em si não é um problema para o paciente, mas o medo de morrer nasce do sentimento da desesperança, do desamparo e isolamento que a acompanha. Aqueles que frequentaram o seminário e se concentraram nestas coisas externaram livremente seus sentimentos e concluíram que algo pode ser feito: não só encarar os pacientes com menos ansiedade, mas sentir-se bem diante da perspectiva da própria morte.<sup>192</sup>

<sup>191</sup> KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte o morrer**: o que os doentes terminais têm a ensinar para médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998, p.51-125.

<sup>192</sup> KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte o morrer**: o que os doentes terminais têm a ensinar para médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998, p.33.

Em obra a respeito de cuidados médicos, os autores, ao tratarem sobre alguns casos concretos, destacaram:

Nos dois casos ilustrativos a seguir, testemunhamos a perda da independência e o impacto devastador para duas pessoas em idade mais avançada. As histórias mostram como a doença não apenas afeta órgãos e sistemas do corpo, mas também reduz a capacidade da pessoa de realizar as metas e aspirações que dão sentido às suas vidas. Frequentemente, as pessoas que encontramos na consulta não se parecem em nada com o que eram antigamente. Encontramos essas pessoas em seu contexto atual e não conseguimos entender seu passado.<sup>193</sup>

Aceitar, por parte dos demais, o direito do paciente bem informado ou que já tenha deixado diretivas a respeito do tema, é concretizar o respeito à dignidade humana, que deve ser observada em todos os momentos. A proximidade da morte não retira o direito à privacidade e, principalmente, dignidade, inerente ao ser humano.

A morte pode ocorrer repentinamente (morte instantânea ou morte súbita). No entanto, em qualquer caso, é necessário entender que a morte se dá por um processo que, a depender do modo como se dê, sua intensidade e duração, poderá ser de certa qualidade ou não.

No caso de morte instantânea, o tempo de duração deste processo é bastante curto; no entanto, no caso de pacientes graves, pode ser bastante longo. É durante este procedimento, individual, que se mostra extremamente necessário respeitar a dignidade do ser humano.

Conforme será relatado, em alguns casos, há autorização para desligar aparelhos, mas não há autorização para abreviar o processo de morrer. Nestes casos, ao contrário de respeitar a dignidade humana, viola-se este direito oferecendo verdadeiro tratamento desumano e cruel, na medida em que o sujeito morrerá de fome, definhando (famoso, neste sentido, foi o caso de Terry Schiavo). Ainda que se argumente com a possibilidade de sedar o paciente para ele nada sentir e ficar confortável, ainda assim se impõe um tratamento degradante ao ser humano que, dotado de consciência,

---

<sup>193</sup> STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; WESTON, W. Wayne; Mc WHINNEY, Ian R.; McWILLIAM, Carol L.; FREEMAN, Thomas R.; **Medicina centrada na pessoa** – transformando o método clínico. Tradução de Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2017, p.61.

vontade e informação tenha deixado claro que não deseja mais ser a ele submetido. A Resolução n.1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina já permite limitar e suspender tratamentos que prolonguem a vida do paciente, garantidos os cuidados para aliviar sintomas que levem ao sofrimento. Respeitar o direito a não receber qualquer tratamento sem que para isso precise suportar dores excruciantes e poder terminar a própria vida, vista agora como um fardo, é mais um passo rumo ao respeito da autonomia e da dignidade.

Não é pelo fato de estar doente que se deixa de ser sujeito de direitos. Se todos os seus direitos estão preservados e devem ser respeitados, existe o direito do paciente de ser bem informado a respeito de suas condições ou, em casos de ausência de lucidez, aquele escolhido por ele para representá-lo e por ele decidir, nestas situações. Daí a importância do respeito ao paciente ou às suas diretrizes antecipadas de vontade, instrumento utilizado para o sujeito externar sua vontade quanto aos momentos finais de sua vida.

Como desdobramento deste direito à informação, há o direito de decidir a respeito dos fatos, inclusive o de cessar com a própria vida, desde que o indivíduo esteja em condições psicológicas para tanto, ou seja, mentalmente capaz.

Para Beauchamp e Childress, dizer que “X” tem direito à vida significa que o sistema moral ou legal impõe uma obrigação a outras pessoas de não privar “X” de sua vida. Contudo, este direito não implica especificamente que “X” não possa fazer um acordo com outra pessoa a fim de ter sua vida encerrada por meio da eutanásia. O que “X” deseja faz diferença no que se refere ao modo como entendemos os direitos, as renúncias aos direitos e o exercício dos direitos.<sup>194</sup>

Ao analisarmos temas como eutanásia e suicídio assistido, é necessário separar racionalidade de moralidade. Aceitamos a teoria dos

---

<sup>194</sup> BEAUCHAMP, Tom L. CHILDRESS, James F. **Princípios da ética biomédica**. Tradução de Luciana Pudenz. São Paulo: Loyola, 2002, p. 93-94.

círculos secantes de Miguel Reale<sup>195</sup>, ou seja, que o Direito trata de questões morais, imorais e amorais. Isto significa que Direito e Moral tratam de temas comuns, mas nem sempre de temas idênticos. Assim, concluir que Direito e Moral tratam de questões comuns não quer dizer – aliás, muito pelo contrário – que o Direito seja apenas a declaração do que seja moralmente aceito. Em outras palavras, o Direito trata de assuntos que tem cunho moral, mas não somente deles; ainda, o Direito pode trazer disposições que eventualmente, contrariam a moral vigente (como por exemplo, a prescrição penal, a representação penal que, se não realizada, mantém o sujeito impune, etc.).

Os temas eutanásia e suicídio assistido são de interesse tanto do Direito quanto da Moral. Mas se o Direito não é somente a declaração do mínimo ético, pode dar guarida a posições controversas do ponto de vista da moralidade. Importa, portanto, separar o que é moral do que é jurídico.

A ideia, que inicialmente pode parecer estranha, na verdade, é apenas o desdobramento do seguinte raciocínio: o paciente é sujeito de direitos e não está privado de nenhum deles, logo, pode decidir. Não soa estranho dizer que um paciente terminal possa fazer um inventário e tratar sobre seu patrimônio. Portanto, não se nega a capacidade e o direito de decidir dos pacientes capazes juridicamente. Se podem decidir sobre patrimônio, por que não poderiam decidir sobre a própria vida?

Importa notar que o Direito é uma construção humana cuja finalidade é regular a vida em sociedade e promover a paz social e o respeito aos valores caros à sociedade em certo tempo e espaço. No entanto, não se pode olvidar que os conceitos e os valores são mutáveis ao longo do tempo. Em razão disso, o Direito também o será. Nas palavras de Norberto Bobbio:

[...] os direitos do homem constituem uma classe variável, como a história destes últimos séculos demonstra suficientemente. O elenco dos direitos do homem se modificou, e continua a se modificar, com a mudança das condições históricas, ou seja, dos carecimentos e dos interesses, das classes no poder, dos meios disponíveis para a realização dos mesmos, das transformações técnicas, etc. Direitos que foram declarados absolutos no final do século XVIII, como a propriedade *sacre et inviolable*, foram submetidos a radicais limitações nas declarações contemporâneas; direitos que as

---

<sup>195</sup> REALE, Miguel. **Lições preliminares de direito**. São Paulo: Saraiva, 2001, p.38-43.

declarações do século XVIII nem sequer mencionavam, como os direitos sociais, são agora proclamados com grande ostentação nas recentes declarações. Não é difícil prever que, no futuro, poderão emergir novas pretensões que no momento nem sequer podemos imaginar, como o direito a não portar armas contra a própria vontade, ou o direito de respeitar a vida também dos animais e não só dos homens.<sup>196</sup>

Ao afirmar a dimensão histórica do homem e dos valores, Miguel Reale reitera que jamais a sua existência esgota as virtualidades do seu projetar-se temporal-axiológico, nem os valores são concebíveis extrapolados ou abstraídos do existir histórico.<sup>197</sup>

Nesse sentido:

[...] o princípio da dignidade humana constitui uma categoria axiológica aberta, sendo inadequado conceituá-lo de maneira fixista, ainda mais quando se verifica que uma definição desta natureza não harmoniza com o pluralismo e a diversidade de valores que se manifestam nas sociedades modernas contemporâneas.<sup>198</sup>

Nos dizeres de Barroso:

Uma das teses fundamentais do pensamento crítico é a admissão de que o Direito possa não estar integralmente contido na lei, tendo condição de existir independentemente da bênção estatal, da positivação, do reconhecimento expresso pela estrutura de poder. O intérprete deve buscar a justiça, ainda quando não a encontre na lei. [...]. O estudo do sistema normativo (dogmática jurídica) não pode insular-se da realidade (sociologia do direito) e das bases de legitimidade que devem inspirá-lo e possibilitar a sua própria crítica (filosofia do direito). A interdisciplinaridade, que colhe elementos em outras áreas do saber – inclusive os menos óbvios, como a psicanálise ou a linguística – tem uma fecunda colaboração a prestar ao universo jurídico [...].<sup>199</sup>

Desta forma, o reconhecimento de direitos é uma tomada de posição axiológica, valorativa e mutável, de acordo com o momento histórico vivenciado. Como exemplo, temos o casamento homoafetivo. A relação homoafetiva já foi considerada imoral, doentia e até criminosa em alguns

<sup>196</sup> BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelso Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004, p.18.

<sup>197</sup> REALE, Miguel. **Teoria tridimensional do direito**. São Paulo: Saraiva, 2003, p.79.

<sup>198</sup> SARLET, Ingo. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais**. Porto Alegre: Safe, 1997, p.53-54.

<sup>199</sup> BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo**. São Paulo: Saraiva, 2015, p.265.

países. No momento histórico atual, ainda que alguns considerem a conduta imoral e existam países nos quais esta relação seja crime, a maioria dos Estados reconhece a licitude da relação homoafetiva e entende que os direitos dela advindos devem ser reconhecidos e protegidos. Embora não seja possível afirmar que a questão é pacificada, muito já se evoluiu no sentido deste reconhecimento, em todo o mundo. Trata-se da mudança de paradigma a respeito de um assunto que também já foi tabu, evitado e polêmico, para dizer o mínimo. Outros exemplos históricos podem ser apontados: a luta pelo direito das mulheres ao voto, a luta dos escravos pela liberdade – é incrível, nos dias atuais, pensar que um ser humano já teve que lutar pelo direito de ser livre, ou melhor, pelo direito de ver reconhecido tal direito humano.

Nesse compasso, o direito de abreviar a vida, antes visto como impensável e tabu, deve ser analisado com outro olhar, conforme o conhecimento e o estágio social vivido e os recursos médicos disponíveis.<sup>200</sup>

Cada vez mais as pessoas têm acesso à informação; além disso, a relação médico-paciente se modificou. No passado, havia uma relação mais paternalista e baseada na autoridade inquestionável do médico; atualmente, há mais diálogo e o direito do paciente de ser informado, o que lhe garante instrumento para tomar algumas decisões a respeito de seu tratamento e – por que não? – de abreviar a vida.

A ideia da liberdade e autonomia quanto à própria vida nos foi trazida pelos estoicos, desde o antigo Império Romano. De acordo com Paulo de Góes:

Ora, a *libertas* era vista em Roma como valor político e, segundo Grisé, foi em contato com o estoicismo que se tornou um valor moral. Essa liberdade, evidentemente, entre outras coisas, incide,

---

<sup>200</sup> É importante mencionar, nesse contexto, o estudo conduzido pela revista *The Economist* em parceria com a *Kaiser Family Foundation*, organização americana de cuidados com a saúde, em 4 países: com diferentes populações, tradições religiosas e nível de desenvolvimento – Estados Unidos, Brasil, Itália e Japão. Neste estudo, realizado em 2017, foi feita uma bateria de questões a respeito da morte e dos cuidados ao final da vida. Nos quatro países, a maioria respondeu que preferiria morrer em casa, embora poucos esperassem que isso fosse realmente acontecer. Com exceção do Brasil, poucos entendem que estender a vida o máximo possível é mais importante que morrer sem dor, sem desconforto. Outro dado importante é que mais de 30% dos entrevistados na Itália, Japão e no Brasil disseram não saber o que as pessoas que amam querem quanto às decisões de final de vida. A pesquisa mostra que a maioria classificaria a qualidade dos cuidados com o final da vida, precária. (THE ECONOMIST. **A better way**. A better way to care for the dying. Disponível em: <<http://www.economist.com/>>. Acesso em: 18 jun. 2017).

de modo particular, na escolha do momento considerado oportuno para morrer.<sup>201</sup>

Ao tratar das ideias de Cícero a respeito da escolha do momento de morrer, prossegue o autor:

O princípio geral é o de que tanto a preservação como a conservação da vida cabem ao homem. Buscando o exemplo na natureza, Cícero observa que todos os seres tendem a repelir o que é nocivo e buscar o que é útil à vida [...] Portanto, *a priori*, o suicídio não é um bem e tampouco deve ser considerado, preliminarmente, um mal. Deve ser visto como uma mediania julgada à luz da noção de dever. Desse modo, faz parte das coisas convenientes, disponíveis ao homem, cuja prática é determinada pela sabedoria.<sup>202</sup>

Outro óbice seria o fato de que a vida é tratada como um direito indisponível. No entanto, nenhum direito é absoluto. A Constituição Federal, ainda que apenas para situação excepcional, prevê a pena de morte em seu artigo 84, XIX; logo, é possível afirmar que a vida não é um direito absoluto, assim como nenhum direito o é. Não obstante, é paradoxal que a vida, um direito, passe a ser verdadeiro ônus.

Quanto ao direito de morrer dignamente, entendemos ser um outro lado ou um desdobramento do direito à vida e à saudável qualidade de vida, o que por sua vez, é concretizar a dignidade humana, fundamento da República Federativa brasileira, conforme o artigo 1º, III, da Constituição Federal. Dada sua complexidade, reservamos um capítulo próprio para discuti-la. Já o artigo 225, dispõe: “Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações”.

Muito embora o artigo transcrito refira-se a meio ambiente ecologicamente equilibrado, é de bom alvitre notar que confere meio ambiente

<sup>201</sup> GÓES, Paulo de. **O problema do suicídio em Santo Agostinho à luz de De Civ. Dei, I**. Tese de Doutorado em Filosofia. Universidade Estadual de Campinas, 228 f. 2004. Campinas, p.185. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br>>. Acesso em: 28 abr. 2016, p.163.

<sup>202</sup> GÓES, Paulo de. **O problema do suicídio em Santo Agostinho à luz de De Civ. Dei, I**. Tese de Doutorado em Filosofia. Universidade Estadual de Campinas, 228 f. 2004. Campinas, p.185. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

à qualidade de ser essencial à sadia qualidade de vida, ou seja, protege o direito à vida saudável. Ademais, a expressão meio ambiente não se limita ao meio ambiente natural, mas também ao meio ambiente artificial, aquele criado pelo homem.

O direito à sadia qualidade de vida é o direito ao desenvolvimento saudável, o que se amolda ao conceito de respeito à dignidade humana. Em outras palavras: os conceitos de sadia qualidade de vida e vida digna estão entrelaçados – o respeito à sadia qualidade de vida é intrinsecamente ligado à realização dos direitos fundamentais, concretização do princípio da dignidade da pessoa humana. Esta, por sua vez, deve ser respeitada em todas as fases de existência humana; se a morte faz parte da vida, o direito à morte digna é um desdobramento do direito à vida digna.

A respeito da interpretação constitucional, segundo Dworkin, dois critérios devem norteá-la – a adequação (prática jurídica concreta) e a justiça. A cláusula constitucional é abstrata e é dever do Estado tratar a todos sob seu domínio com igual consideração e respeito – o que equivale a não infringir suas liberdades mais básicas.<sup>203</sup>

Sarlet, referindo-se à efetivação da dignidade da pessoa humana, chama a atenção para o mínimo existencial como um direito fundamental, que diz respeito não só a “um conjunto de prestações suficientes apenas para assegurar a existência (a garantia da vida) humana, [...] mas uma vida com dignidade, no sentido de vida saudável.”<sup>204</sup>

De acordo com a visão tomista de dignidade, o homem – enquanto pessoa e imagem de Deus – além de existir, por si, é capaz, em virtude de sua racionalidade, de agir por si; este livre arbítrio para determinar sua própria existência e destino, é a dignidade.<sup>205</sup>

É direito do ser humano ter respeitado o seu direito à vida saudável e isto é concretizar o princípio da dignidade humana. O direito à vida é mais do que o direito de estar vivo; é o direito de poder se desenvolver de maneira

---

<sup>203</sup> DWORKIN, Ronald. **O império do direito**. São Paulo: Martins Fontes, 2007, p.271-275.

<sup>204</sup> SARLET, Ingo. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008, p.93.

<sup>205</sup> MARREIRO, Cecília Lôbo. **O direito à morte digna – uma análise ética e legal da ortotanásia**. Curitiba: Apuris, 2014, p.73.

saudável, com autonomia e dignidade. Uma vez reconhecido que um direito não pode se transformar num fardo e que, na ausência de dignidade o ser humano pode optar, de forma autônoma, por não mais viver, teremos reconhecido o direito ao abreviamento voluntário da vida, ou seja, à morte digna. A dignidade é um valor intrínseco do ser humano, o que lhe confere liberdade para decidir de forma autônoma sobre seus projetos existenciais. Neste sentido, impor a manutenção da vida quando o próprio titular não a deseja mais, não é proteger um direito, mas impor um ônus.

O que é vida saudável e bem-estar varia de acordo com concepções pessoais, muito embora se possa falar num mínimo existencial. O que é perfeito bem-estar para um indivíduo pode não o ser para outro. O conceito visa a uma perfeição inatingível, uma vez que quantificar a perfeição é algo impossível. Uma utopia.<sup>206</sup>

Para Santoro, o conceito de saúde vai além da simples ausência de doença; é possível falar em doença do doente crônico ou terminal desde que a ele sejam assegurados bem-estar físico, mental, social e espiritual mesmo quando não houver possibilidade de cura. Para o autor, no conflito entre o direito à vida e o princípio da dignidade humana, não é possível aceitar que aquela seja suprimida em razão da suposta ausência de dignidade aos olhos do seu titular.<sup>207</sup> O autor julga haver conflito entre o direito e o princípio, posição contrária à defendida neste trabalho. Não se verifica este conflito; o direito à vida e à dignidade humana são conceitos intrincados; o direito à morte digna é um desdobramento do direito à vida digna.

Sobre o direito fundamental à saúde e o papel do Estado, elucidativo o trecho de decisão proferida pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais:

A saúde é um direito humano fundamental, constituindo-se um direito público subjetivo do cidadão para exigir do "Estado", uma atividade prestacional que assegure o acesso universal e igualitário, com atendimento integral. Embora os direitos fundamentais sejam imprescritíveis, irrenunciáveis, intransferíveis e inalienáveis,

---

<sup>206</sup> SCHWARTZ, Germano. Direito à saúde: abordagem sistêmica, risco e democracia. **Revista de Direito Sanitário**, v.2, mar. 2001, p.30.

<sup>207</sup> SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna** – o direito do paciente terminal. Curitiba: Juruá, 2010, p.80-83.

constituem direito público subjetivo da pessoa para o exercício ou não. Isso significa dizer que a parte tem o direito público subjetivo de exercer ou não o direito à saúde. [...]

Quando a Constituição Federal incluiu a saúde dentre os direitos fundamentais, impôs ao Estado uma atuação positiva de assegurar esse acesso. O particular tem o direito público subjetivo de exigir ou não a atividade estatal.<sup>208</sup>

No Estado Democrático de Direito, pode haver discordância e até o julgamento moral de que determinado ato é abominável; no entanto, a opinião alheia não retira o direito de escolha do outro, ser humano igualmente complexo, com opiniões próprias sobre o mundo e o viver e, acima de tudo, igualmente digno.

O Direito, neste ponto, nos traz uma situação peculiar. A pessoa pode, na verdade, optar por morrer – recusando-se a comer ou receber um tratamento ou assinando uma ordem de não ressuscitação, por exemplo – mas não pode optar pela morte assistida ou provocada por médico, práticas que aliviarão a dor e o sofrimento desnecessários, aqueles que o paciente não deseja suportar.

Discordando da indisponibilidade de direitos fundamentais (dentre os quais podemos mencionar a vida), Barroso argumenta:

O que o Estado não pode fazer é anular integralmente a liberdade pessoal e a autonomia moral do indivíduo, vivendo sua vida para poupá-lo do risco. Vigora, no direito constitucional brasileiro, o princípio da liberdade, do direito geral de liberdade, expresso no artigo 5º, II, da Constituição: "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei". Desnecessário enfatizar que a lei há de ser compatível com a Constituição e que há limites para a restrição a direitos fundamentais. [...]

Sendo assim, conclui-se algo surpreendente: os direitos fundamentais são, em princípio, disponíveis, haja vista que a liberdade é a regra e a disposição, em muitos casos, é uma forma de exercer o direito. Isso

---

<sup>208</sup> BRASIL. **Tribunal de Justiça de Minas Gerais**. Apelação Cível 10248130003101001 MG, Rel. Renato Dresch, j.17 dez. 2015. Disponível em: <<https://tj-mg.jusbrasil.com.br>>. Acesso em: 13 out. 2017.

não significa que algumas posições jurídicas de direito fundamental não possam ser consideradas indisponíveis pelo sistema jurídico. Mas, nessas hipóteses, o Estado terá o ônus argumentativo de demonstrar que se trata de uma restrição legítima, e não uma violação à liberdade de escolha do indivíduo. A proteção à dignidade exige que o próprio interessado seja o principal responsável por definir seu conteúdo, sob pena de abrir espaço para uma espécie de totalitarismo dos direitos humanos. A indisponibilidade dos direitos fundamentais, portanto, não resulta de um mandamento constitucional. Como consequência, a validade ou não de um ato de disposição terá de ser verificada caso a caso, tendo em vista a natureza do direito em questão, a natureza de eventuais direitos contrapostos e os valores sociais relevantes que possam ser legitimamente impostos na situação.<sup>209</sup>

O conceito de dignidade humana, por certo, é difícil de ser elaborado, mas todos podem entender que compreende o respeito pelo próximo. O primeiro passo para se entender o conceito de dignidade humana é compreender o que seja empatia, ou seja, saber colocar-se no lugar do outro, saber compreender e respeitar o outro e seus sentimentos, aspirações, crenças e valores individuais, ainda que não se concorde com ele.

O valor da dignidade da pessoa humana precisa ser preservado e respeitado:

[...] A dignidade da pessoa humana define um núcleo intocável de direitos e é a partir desse núcleo que os princípios e direitos fundamentais se definem e podem ser ponderados. Apreciar, valorar ou relativizar é tirar todo o sentido da dignidade da pessoa, colocando em risco a própria existência do princípio. A dignidade humana não pode ser reduzida, mas sim afirmada, devendo ser o marco inicial e referência central na ponderação e mensuração de todos os outros valores.<sup>210</sup>

Não se pode deixar de observar que a leitura do artigo 1º, III e alguns incisos do artigo 5º da Constituição Federal aponta para o

---

<sup>209</sup> BARROSO, Luís Roberto. **Legitimidade da recusa de transfusão de sangue por testemunhas de jeová**. Dignidade humana, liberdade religiosa e escolhas existenciais. Disponível em: <[www.conjur.com.br/dl/testemunhas-jeova-sangue.pdf](http://www.conjur.com.br/dl/testemunhas-jeova-sangue.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2017.

<sup>210</sup> LOPES, Othon de Azevedo. A dignidade da pessoa humana como princípio jurídico fundamental. In: SILVA, Alexandre Vitorino et. al. **Estudos de direito público**: direitos fundamentais e Estado Democrático de Direito. Porto Alegre: Síntese, 2003, p.207.

reconhecimento do direito de escolha, do direito de optar pela morte assistida quando assim o sujeito desejar:

[...]

II – ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

III – ninguém será submetido à tortura nem a tratamento degradante;

IV – é livre a manifestação de pensamento

[...]

VI – é inviolável a liberdade de consciência e de crença

[...]

VIII – ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir a prestação alternativa, fixada em lei;

[...]

X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;<sup>211</sup>

Há os que argumentam que o artigo 5º da Constituição Federal, que garante o direito à vida, é cláusula pétrea, por força do artigo 60, §4º, IV, da Constituição Federal. Portanto, tal direito não pode ser suprimido. Com base nestes preceitos, deduzem alguns que a legalização da eutanásia seria uma afronta à norma constitucional vigente.

No entanto, a legalização da morte assistida não violaria a Constituição Federal, uma vez que o direito à vida não está sendo suprimido. Apenas estar-se-ia privilegiando a dignidade humana e a autonomia da vontade. Incidiria aqui a dimensão negativa do direito à vida – o direito a não intervenção estatal.

A dignidade humana (princípio), assim como o direito à vida estão previstos na Constituição Federal. A dignidade humana é prevista como princípio constitucional no artigo 1º, III. Importa ressaltar que os princípios fundamentais servem justamente de base para se interpretar e integrar o Direito e interpretar, inclusive, a própria Constituição Federal.

A dignidade opera tanto como fonte de direitos fundamentais como assume uma condição de conteúdo destes direitos. Daí afirmar-se que os

---

<sup>211</sup> BRASIL. Constituição Federal (1988).

direitos fundamentais, em regra, são concretizações do princípio da dignidade da pessoa humana.<sup>212</sup>

O direito à vida é um direito fundamental e um direito humano. Como tal, tem como característica ser inalienável e irrenunciável. Estas características significam que é indisponível, que a vida não pode ser retirada (como regra) e que seu titular não pode dispor, abdicar deste direito, que somente se extingue com a morte do titular. É recorrente encontrarmos doutrinadores explicando esta característica do direito à vida. Entretanto, vemos nesta característica a proteção do direito à vida em face do Estado e de terceiros. O ser humano é sujeito de direitos e não objeto. Determinar que a vida é inalienável e irrenunciável protege o sujeito, que não pode ter sua vida tirada (exceto em casos excepcionais), comercializada, invadida. Não significa, entretanto, que o titular deva suportá-la como um fardo.

Ademais, os direitos humanos são interdependentes e inter-relacionados. Isso significa que a proteção dos direitos humanos é feita como um todo e que os direitos dependem, sustentam e impactam uns aos outros. Proteger a vida, neste sentido, engloba proteger a dignidade e os direitos de liberdade (além de direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 esclarece que os direitos humanos se fundam em três princípios basilares: a) o da inviolabilidade da pessoa – pois não se podem impor sacrifícios a um indivíduo sob argumento de que resultarão em benefícios a outras pessoas; b) o da autonomia da pessoa – toda pessoa é livre para realizar qualquer conduta, desde que seus atos não prejudiquem terceiros; e c) o da dignidade da pessoa, verdadeiro núcleo-fonte de todos os demais direitos fundamentais do cidadão, por meio do qual todas as pessoas devem ser tratadas e julgadas de acordo com os seus atos, e não em relação a outras propriedades suas não alcançáveis por eles.<sup>213</sup>

---

<sup>212</sup> MARREIRO, Cecília Lôbo. **O direito à morte digna** – uma análise ética e legal da ortotanásia. Curitiba: Appris, 2014, p.79-80.

<sup>213</sup> MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Curso de direitos humanos**. São Paulo: Método, 2017, p.85.

Não entendemos ser possível afirmar que exista obrigação de viver. Ao contrário, obrigar um sujeito àquilo que a lei não o obriga é constrangimento ilegal (artigo 146, Código Penal). Quando viver passa a ser imposto, não há direito, mas verdadeira obrigação. Quanto ao ora discutido, por exemplo, a doutrina e a jurisprudência têm se firmado no sentido de que testemunhas de Jeová não podem ser submetidos à transfusão de sangue sem seu consentimento.

Não se pode aceitar a ideia de que um direito previsto, ao mesmo tempo, prejudique seu titular. Não se pode conceber que o Direito – ou a Medicina –, ao invés de serem esperança de uma vida melhor sirvam justamente para prejudicá-la.

Importa trazer a lição de Ingo Sarlet a respeito do direito à vida:

Assim como ocorre com a dignidade da pessoa humana e mesmo com o direito à saúde, sem prejuízo de outros que poderiam ser lembrados, a utilização da fórmula de um direito à vida há de ser devidamente compreendida, visto que não se cogita de um direito à vida no sentido de um direito a viver por força de uma prestação de alguém (destinatário – sujeito passivo – do direito), mas, sim, de não ter sua vida interrompida e, portanto, o direito de ter a sua vida respeitada (direito de não ser morto), assim como o direito de ter a sua vida protegida pelo Estado, tratando-se de intervenções por parte de terceiros, ou mesmo contra o Estado, como no caso da proibição da pena de morte. Assim, o mais apropriado será falar não de um direito à vida, mas, sim, de um direito ao respeito e à proteção da vida humana.<sup>214</sup>

A vida humana não deve ser encarada apenas em seu sentido de existência física; isso seria insuficiente. Seja no âmbito internacional ou interno, o conceito de vida vem sempre atrelado ao de dignidade, atributo inerente ao ser humano.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) traz em seu Preâmbulo, o reconhecimento da dignidade intrínseca e dos direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana, nos seguintes termos: “Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o

---

<sup>214</sup> SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2015, p.406.

fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo [...]”. E em seu artigo 1º, estabelece: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”.<sup>215</sup>

O Pacto internacional de Direitos Civis e Políticos também traz em seu preâmbulo o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana, assinalando mais adiante, que os direitos iguais e inalienáveis do homem se derivam desta mesma dignidade.<sup>216</sup>

O Pacto de San José da Costa Rica, por sua vez, estabelece em seu artigo 6º que o direito à vida é inerente à pessoa humana. Esse direito deverá ser protegido pela lei e ninguém poderá ser arbitrariamente privado de sua vida. A palavra “arbitrariamente” não deve ser menosprezada. Ela demonstra que o documento respeita o direito à vida, mas não proíbe a eutanásia ou o suicídio assistido, desde que regulamentados por cada país.

Entendendo necessário observar a dignidade em todos os estágios de vida do ser humano, relevante tratar do tema. Em nosso ordenamento jurídico, o princípio da dignidade humana está previsto no artigo 1º, III da Constituição, como um dos fundamentos da República Democrática brasileira.

O direito à vida, expresso em tratados internacionais e na Constituição Federal contém em si o direito subjetivo do titular de opor tal direito em face de terceiros ou do Estado, mas não deve significar que este direito seja oposto contra seu próprio titular.

Nas palavras de Ramon Sampetro, que passou pela angústia de se ver obrigado a manter uma vida que não desejava: “a vida assim não é digna para mim... viver é um direito não uma obrigação”.<sup>217</sup>

---

<sup>215</sup> ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

<sup>216</sup> ONU. **Pacto dos direitos sociais e políticos**. Ratificado pelo Brasil por meio do Decreto n.592/1992. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

<sup>217</sup> SAMPEDRO, Ramon. **Cartas do inferno**. Tradução de Magda Bigotte de Figueiredo. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 2005, p.278.

## 5.1 Dignidade humana e o papel do Estado

Quando se trata do tema “direito de morrer”, muito se fala a respeito do conceito de dignidade e, juridicamente, do princípio da dignidade.

A doutrina inclui como direito do ser humano a intimidade, a inviolabilidade psíquica e o direito de fazer ou deixar de fazer somente de acordo com a lei. O ser humano tem direito universal e fundamental à vida digna, o que inclui ter sua autonomia garantida contra a ingerência indevida do Estado. É neste ponto que o direito à vida digna se encontra com a autonomia, já que a autonomia deve ser respeitada para que o direito à dignidade também o seja.

No mundo contemporâneo, a dignidade humana tornou-se o centro axiológico dos sistemas jurídicos, a fonte dos direitos materialmente fundamentais, o núcleo essencial de cada um deles. De fato, no plano dos direitos individuais, ela se expressa na autonomia privada, decorre da liberdade e da igualdade entre as pessoas. Integra o conteúdo de dignidade a autodeterminação individual e o direito ao igual respeito e consideração. A respeito, Fábio Konder Comparato alega:

[...] a convicção generalizada de que o verdadeiro fundamento da validade – do Direito em geral e dos direitos humanos em particular – já não deve ser procurado na esfera sobrenatural da revelação religiosa, nem tampouco numa abstração metafísica – a natureza como essência imutável de todos os entes do mundo. Se o direito é uma criação humana, o seu valor deriva, justamente, daquele que o criou. O que significa que esse fundamento não é outro, senão o próprio homem, considerado em sua dignidade substancial de pessoa.<sup>218</sup>

As pessoas têm o direito de eleger seus projetos existenciais e de não sofrer discriminações em razão de sua identidade e de suas escolhas. Nas palavras de Sarlet:

Assim sendo, temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo

---

<sup>218</sup> COMPARATO, Fábio Konder. **Cultura dos direitos humanos**. São Paulo: LTr., p.60.

e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.<sup>219</sup>

Ademais, se o direito à vida é fundamental e irrenunciável e inalienável, a dignidade também é. Não se pode pretender reconhecer o ser humano como sujeito de direitos sem lhe reconhecer a inata dignidade, a ser respeitada e protegida.

Para Kant, a dignidade é um valor incondicional para o qual somente a palavra respeito confere a expressão conveniente da estima que um ser racional deve lhe tributar.

Somente o homem considerado como pessoa, isto é, como sujeito de uma razão prático-moral eleva-se acima de qualquer preço; pois como tal (*homo noumenon*) tem de ser avaliado não meramente como meio para outros fins, nem mesmo para seus próprios fins, mas como fim em si mesmo, isto é, ele possui uma dignidade (um valor interno absoluto), pela qual ele constribe todos os outros seres racionais do mundo a ter respeito por ele e pode medir-se com qualquer outro dessa espécie e avaliado em pé de igualdade. [...] Visto que ele tem de se considerar não meramente como pessoa em geral, mas também como ser humano, isto é, como uma pessoa, que tem para consigo deveres impostos pela sua própria razão, a sua insignificância enquanto ser humano animal não pode prejudicar a consciência de sua dignidade enquanto ser humano racional, e, em consideração a este último, ele não deve negar a autoestima moral; isto é, ele não deve tentar obter de maneira servil ou subserviente (*animo servili*) um fim que é em si mesmo dever, como se tentasse obter um favor; não deve negar sua dignidade, mas conservar sempre a consciência da sublimidade de sua disposição moral (que já está contida no conceito de virtude); e esta autoestima é um dever do ser humano para consigo mesmo.<sup>220</sup>

A autonomia é, pois, o princípio da dignidade da natureza humana, bem como de toda natureza racional.<sup>221</sup>

O Estado é uma abstração criada para ser útil ao ser humano, e não o contrário. Assim, a ordem jurídica existe para garantir a continuidade da

<sup>219</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008, p.63.

<sup>220</sup> KANT, Immanuel. **Metafísica dos costumes**. Tradução de Clélia Aparecida Martins. Tradução da segunda parte de Bruno Nadai, Diego Kosbiau e Monique Hulshof. Rio de Janeiro: Vozes, 2013, p.197-198.

<sup>221</sup> KANT, Immanuel. **Metafísica dos costumes**. Tradução de Clélia Aparecida Martins. Tradução da segunda parte de Bruno Nadai, Diego Kosbiau e Monique Hulshof. Rio de Janeiro: Vozes, 2013, p.420.

sociedade e o bem-estar de todos. Num sistema democrático de Direito, a intervenção estatal na vida privada dos cidadãos somente se justifica se houver interesse público. O sistema jurídico, portanto, deve ser visto como garantidor do bem-estar e do direito à liberdade individual; o respeito à liberdade individual, limitada pelo interesse público, é um valor da base deste sistema.

Para Carl Friedrich, uma ordem é legítima quando reconhecidamente justa. Ademais, a vontade contida na lei, garantida pela sanção, deve estar relacionada à razão superior de um sistema de valores.<sup>222</sup>

O Estado existe para o ser humano e não o contrário. O respeito à dignidade humana (que, positivada ou não, não deixa de existir) é um limite para a atuação do Estado – pois o ser humano não é objeto; há limite para o Estado intervir no âmbito individual, particular de cada indivíduo. Ao mesmo tempo, é tarefa, dever do Estado, garantir o respeito à dignidade humana e atuar contra atos violadores ou ameaçadores a respeito dela.

Conforme Norberto Bobbio, o Estado não apenas exerce o poder *sub lege*, mas o faz dentro de limites derivados do reconhecimento constitucional dos direitos invioláveis do indivíduo.<sup>223</sup>

Para Flávia Piovesan, o princípio da dignidade da pessoa humana é um “superprincípio”, uma norma destinada a orientar a interpretação dos demais. Desta maneira, a dignidade humana é o critério interpretativo do direito à vida e dos direitos e não há que se falar em vida digna se não houver qualidade de vida, o que é um conceito bastante subjetivo.<sup>224</sup> Seria um contrassenso afirmar que ao sujeito não se dá escolha quanto à própria vida. Não há sentido em, sob o argumento de proteger a vida, submeter o próprio sujeito deste direito a um fardo – pois gritante o desrespeito ao seu direito a uma vida digna.

Com base neste raciocínio, não há ato ilícito em decidir por morrer. A legislação brasileira não pune quem opta por encerrar a própria vida, seja

---

<sup>222</sup> FRIEDRICH, Carl Joachim. **Gobierno constitucional y democracia**. v.I. Madri: Institutos de Estudios Políticos, 1975, p.295.

<sup>223</sup> BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. Uma defesa das regras do jogo. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986, p.18.

<sup>224</sup> PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 2.ed. São Paulo: Max Limonad, 2003, p.393-394.

suicidando-se, seja não se submetendo a determinado tratamento; não há qualquer ilícito na conduta, ainda que o indivíduo sobreviva. Por outro lado, a legislação pune aquele que auxilia, induz ou instiga outrem ao suicídio, desde que desta conduta resulte morte, lesão corporal grave ou gravíssima (artigo 122 do Código Penal) e aquele que mata outrem (artigo 121 do Código Penal). O tema, portanto, só se torna controvertido quando, para encerrar a própria vida, o indivíduo necessita ou requer auxílio de outrem.

Em se tratando de ilícito, no âmbito civil, somente se considera ato ilícito aquele que causar dano a outrem (artigo 186 do Código Civil).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2005, estabelece em seu artigo 3º:

1. A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados.
2. Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.<sup>225</sup>

Sob o ponto de vista da psicanálise, Freud sublinha que a morte é um assunto tabu, cuja violação é proibida, pois torna o próprio violador alguém a ser evitado. A recusa em enfrentar e aceitar o suicídio assistido e a eutanásia voluntária (consentida), talvez resida na crença de que aquele que violar a vida estará incidindo em algo proibido em qualquer circunstância, tornando-se, ele próprio, indesejável, possuidor da perigosa qualidade de “contaminar” os outros a seguir seu exemplo. Ser conivente com o desrespeito ao tabu seria perigoso e incentivaria a imitação. Isso justificaria o temor de que violar certas proibições seria um perigo para a comunidade, portanto, o ato deveria ser punido, uma vez que o risco da imitação colocaria em perigo a existência da comunidade.<sup>226</sup>

No entanto, ao se analisar a questão sob a ótica do respeito à dignidade humana, percebe-se que o respeito a tal valor impõe o respeito às

---

<sup>225</sup> ONU. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**, 2005. Disponível em: <unesdoc.unesco.org>. Acesso em: 10 maio 2017.

<sup>226</sup> FREUD, Sigmund. **Totem e tabu e outros trabalhos** (1913-1914). Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p.70-74.

decisões pessoais quanto ao momento da morte. O direito à dignidade abrange o direito à qualidade de vida e à autodeterminação.

Não se pretende usar o argumento da dignidade da pessoa humana como um argumento autoexplicativo que não careça de maior estudo ou que não precise ser concretizado. É necessário compreender que a dignidade humana só é verdadeiramente respeitada se respeitada no caso concreto; não é uma expressão bonita, porém vazia.

A dignidade humana é inerente ao homem, não lhe é atribuída por nenhum ente estatal. Pode ser prevista em códigos e leis, mas não é esta previsão que lhe dá existência; trata-se de um mero reconhecimento formal.

Maria Garcia, ao tratar da relação entre o princípio da dignidade humana e os avanços científicos na atualidade, amparada em Nicola Abbagnano, argumenta:

Dignidade, refere Nicola Abbagnano: como “princípio da dignidade humana”, entende-se a exigência enunciada por Kant como segunda fórmula do imperativo categórico: “Age de tal forma que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre também como um fim e nunca unicamente como um meio”. Esse imperativo estabelece que todo homem, aliás, todo ser racional, como fim em si mesmo, possui um valor não relativo (como é, por exemplo, um preço), mas intrínseco, ou seja, a dignidade: substancialmente, registra Abbagnano, a dignidade de um ser racional consiste no fato de ele não obedecer a nenhuma lei que não seja também instituída por ele mesmo.<sup>227</sup>

A dignidade humana é, na verdade, um instituto complexo de ser conceituado e entendido quanto à sua extensão, mas traduz a possibilidade de o homem decidir a respeito de si, dentro dos limites impostos pela vida em sociedade – e na obrigação dos demais de respeitarem tais escolhas, ainda que com elas não concordem. Esclarecedora a percepção de José Oliveira Ascensão:

Descodificando um pouco, diremos que o homem tem a possibilidade e a responsabilidade de transformar a liberdade formal ou arbítrio em liberdade substancial, pela capacidade que lograr construir em si mesmo de agir com fundamento moral, de harmonia com os fins que traçou [...] Ora bem: a dignidade do homem radica

<sup>227</sup> GARCIA, Maria. **Limites da ciência**: a dignidade da pessoa humana – a ética da responsabilidade. São Paulo: RT, 2004, p.196-197.

nesta capacidade e neste encargo da auto-construção [...] Devemos antes afirmar que o homem é um universo único e irrepetível, com liberdade e potencialidade de auto-realização.

Sarlet comenta a respeito de forma clara:

A qualidade que, por ser inerente ao ser humano, o distingue das demais criaturas, no sentido de que todos os seres humanos são dotados da mesma dignidade, noção esta que se encontra, por sua vez, intimamente ligada à noção da liberdade pessoal de cada indivíduo, (o Homem como ser livre e responsável por seus atos e seu destino) bem como à idéia de que todos os seres humanos, no que diz com sua natureza, são iguais em dignidade. [...]

Consagrando expressamente, no título dos princípios fundamentais, a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos do nosso Estado democrático (e social) de Direito (artigo 1º, III, da CF), nosso constituinte de 1988 – a exemplo do que ocorreu, entre outros países, na Alemanha –, além de ter tomado uma decisão fundamental a respeito do sentido, da finalidade e da justificação do poder estatal e do próprio Estado, reconheceu categoricamente que é o Estado que existe em função da pessoa humana, e não o contrário, já que o ser humano constitui a finalidade, e não o contrário, já que o ser humano constitui a finalidade precípua, e não meio da atividade estatal.<sup>228</sup>

Segundo Sarlet, o elemento nuclear da noção de dignidade da pessoa humana parece continuar sendo reconduzido à matriz kantiana, centrando-se, portanto, na autonomia e no direito de autodeterminação de cada pessoa.<sup>229</sup>

A nosso ver, não há que se falar em interesse coletivo, difuso ou social que justifique a interferência estatal neste âmbito, uma vez que a decisão quanto a abreviar a vida sempre será pessoal. Não há como, juridicamente, impedir que alguém tome tal decisão e a execute, o que ensejaria a prática do suicídio por parte daqueles que tenham condições físicas de fazê-lo. A interferência só se justifica, por outro lado, para garantir o reconhecimento do direito pessoal de decidir a respeito da abreviação da vida, ou melhor, do sofrimento intolerável.

<sup>228</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008, p.30-65.

<sup>229</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008, p.63.

E como seria possível afirmar que alguém que decide tirar a própria vida estaria cometendo um mal para a sociedade, a ponto de justificar a interferência da sociedade do Estado?

Note-se que o artigo 4º da Lei de Transplantes (Lei n.9.034/1997), em sua redação original estabelecia presumida a autorização para doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica *post mortem*. A redação atual, no entanto, estabelece que a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. Com isso, denota-se que o corpo não é propriedade do Estado, que não pode simplesmente presumir uma autorização e realizar procedimentos para retirar órgãos, tecidos ou partes do corpo. O corpo não é propriedade ou concessão estatal e, portanto, não cabe a ele decidir a respeito.

Para David Hume, um homem que se retira da vida não faz mal algum à sociedade. No máximo, ele deixa de fazer um bem, e se isso é algum tipo de ofensa, é das menores. Mesmo que se admitisse que o homem deve fazer o bem à sociedade e que suas obrigações com ela fossem eternas, ainda assim haveria algum tipo de limite. Por que alguém deveria ser obrigado a fazer um bem menor à sociedade às custas de um grande mal para si? O sujeito seria obrigado a prolongar sua miserável existência por conta de algum frívolo benefício à sociedade?<sup>230</sup>

---

<sup>230</sup> HUME, David. **Of suicide**. Disponível em: <<http://www.davidhume.org/texts/suis.html>>. Acesso em: 28 fev. 2017. No original: "A man, who retires from life, does no harm to society. He only ceases to do good; which, if it be an injury, is of the lowest kind. All our obligations to do good to society seem to imply something reciprocal. I receive the benefits of society, and therefore ought to promote its interest. But when I withdraw myself altogether from society, can I be bound any longer? But allowing, that our obligations to do good were perpetual, they have certainly some bounds. I am not obliged to do a small good to society, at the expence of a great harm to myself. Why then should I prolong a miserable existence, because of some frivolous advantage, which the public may, perhaps, receive from me? If upon account of age and infirmities, I may lawfully resign any office, and employ my time altogether in fencing against these calamities, and alleviating, as much as possible, the miseries of my future life: Why may I not cut short these miseries at once by an action, which is no more prejudicial to society?" (Tradução livre do autor).

Quanto ao argumento de que a sociedade ou comunidade poderiam ser atingidos negativamente pelo reconhecimento do direito à morte digna, Beauchamp e Childress demonstram que a dicotomia entre comunidade e autonomia é falsa, pois tanto os indivíduos quanto os grupos progressivamente interpretam, revisam e, às vezes, até substituem tradições por novas concepções que ajustam e promovem os valores da comunidade. Ademais, conforme demonstram, mesmo que sejam aceitos os argumentos comunitaristas de que a melhor vida é a vida comunitarista, disto não segue que as comunidades devam determinar as metas dos indivíduos ou mutilar direitos individuais.<sup>231</sup>

Nesta seara, a dignidade e a justiça impõem a prevalência da decisão soberana e individual; uma vez tomada a decisão de abreviar a vida, também neste momento deve ser respeitada e concretizada a dignidade humana, sendo lícito auxiliar quem assim decidir sobre si, desde que cumpridas algumas condições, como comprovar a decisão livre e consciente. O contrário, a nosso sentir, equivale a impor um sofrimento agudo e cruel para aqueles que não possam agir por si próprios ou que não queiram fazê-lo sozinhos. Não se ignora que este não é o entendimento expresso pela legislação infraconstitucional brasileira e de outros países.

O direito de viver não é antagônico ao direito de morrer: compreende, na verdade, duas dimensões de um mesmo direito, qual seja, o direito a uma vida digna. Nesse sentido:

O sistema jurídico brasileiro assegura o direito de viver e, dentro daquela aparente contradição, não reconhece formalmente o direito de morrer, o que levou a doutrina jurídica a afirmar equivocadamente que não há esse direito entre nós. Viver a vida com autonomia é um direito potestativo, que pode ser exercido sem qualquer anuência de terceiros; ninguém precisa de licença de outrem para viver a sua própria vida, mormente em países sem pena de morte. Feita essa exceção, ninguém, nem mesmo o Estado, pode impor qualquer restrição a esse direito, razão para se chamá-lo supremo. Essa conclusão não afasta uma releitura do direito de viver, que, por ser direito potestativo, é renunciável apenas pelo seu titular. E se não fosse renunciável, não seria direito, mas dever de viver. E enquanto dever de viver geraria

---

<sup>231</sup> BEAUCHAMP, Tom L. CHILDRESS, James F. **Princípios da ética biomédica**. Tradução de Luciana Pudenz. São Paulo: Loyola, 2002, p.104-105.

consequências jurídicas distintas das que hoje são conhecidas, começando pela punição da tentativa de suicídio, passando pela proibição dos esportes radicais e atividades de risco em geral e culminando na mecanização da vida para além da vida, o que importaria tratamentos desumanos e degradantes ao doente.<sup>232</sup>

Na opinião de Claus Roxin:

[...] se o paciente recusa a operação que salvaria sua vida, ou a necessária internação numa unidade de tratamento intensivo, deve o médico abster-se de tais medidas e, se for o caso, deixá-lo morrer. Esta solução é deduzida, corretamente, da autonomia da personalidade do paciente, que pode decidir a respeito do alcance e da duração de seu tratamento. Em outras palavras, o dever de cuidado, que decorre da relação do paciente com o seu garante, seja ele médico ou não, cessa com a oposição ao cuidado, feita autonomamente pelo doente ou seu representante legal: pais, tutor, curador ou um procurador nomeado em diretivas antecipadas.<sup>233</sup>

A decisão a respeito de prolongar ou abreviar a vida integra o rol de direitos individuais e pessoais; não há porque dizer que existe interesse público em prolongar o sofrimento que tenha se tornado a vida para determinado sujeito.

É claro e objetivo o apontamento de D'Agnol ao abordar a morte à luz da Bioética e do Biodireito:

A boa morte (eutanásia), a morte escolhida, não deve ser vista como algo antinatural ou contrário às leis divinas. Respeitando a autonomia, é possível ter uma atitude menos mitificadora perante a morte. [...] A decisão de morrer ou não cabe à pessoa que, no pleno uso de suas faculdades, pode prever uma forma digna de deixar a existência especificando claramente o que deve ser feito caso atinja um estado em que a vida não pode mais ser plenamente vivida.<sup>234</sup>

A decisão sobre a duração da própria vida deve estar nas mãos da própria pessoa, nas situações em que isso possa ser decidido. É de fácil entendimento o fato de que uma pessoa que não queira mais viver pode, simplesmente, acabar com sua própria vida. O contexto tratado aqui, no

<sup>232</sup> RIBEIRO, Diaulas Costa. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p.1749-1754, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

<sup>233</sup> ROXIN, Claus. **A tutela penal da vida humana**. São Paulo: Damásio de Jesus, 2005, p.23.

<sup>234</sup> DALL' AGNOL, Darlei. **Bioética**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005, p.25.

entanto, aborda situações nas quais pessoas não possam agir por si próprias e precisem, ou queiram, a ajuda de profissionais especializados.

Carlos Roberto Husek esclarece:

Normalmente, a eutanásia é combatida; mas deve-se refletir de modo profundo sobre as implicações de viver com dignidade e de morrer com dignidade. Em princípio a ninguém é dado o direito de abreviar a vida de outrem, ainda que seja o médico mais capacitado e meritório, porque o segredo da vida vai além das injunções técnicas e biológicas. O parâmetro dignidade é o mote. É necessário levar em conta as circunstâncias todas que cercam o viver e o morrer, e, principalmente, a manifestação de vontade da própria vítima dessas circunstâncias, quando, é claro, passível de manifestação consciente e sopesada.<sup>235</sup>

No Brasil, os julgamentos a respeito da matéria não são comuns. Mas podemos citar, como exemplo, o caso em que o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se negou à amputação, preferindo, conforme o laudo psicológico, morrer para “aliviar o sofrimento”, estando em pleno gozo das faculdades mentais. Decidiu o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul que o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo amparado no motivo nobre de salvar sua vida. Assim se manifestou o tribunal:

Se o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se nega à amputação, preferindo, conforme laudo psicológico, morrer para “aliviar o sofrimento”; e, conforme laudo psiquiátrico, se encontra em pleno gozo das faculdades mentais, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida. 2. O caso se insere no denominado biodireito, na dimensão da ortotanásia, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural. 3. O direito à vida garantido no artigo 5º, caput, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no artigo 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. A Constituição institui o direito à vida, não o dever à vida, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o artigo 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constrangida a tal. 4. Nas

---

<sup>235</sup> HUSEK, Carlos Roberto. **Curso de direito internacional público**. São Paulo: LTr., 2017, p.370.

circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tem-se que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o denominado testamento vital, que figura na Resolução n.1995/2012, do Conselho Federal de Medicina. 5. Apelação desprovida.<sup>236</sup>

Em outro caso, julgado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, familiares de um paciente com tumor na laringe alegaram que a sedação paliativa praticada no paciente portador de tumor de laringe que havia realizado laringectomia total e esvaziamento ganglionar em 2005, com quadro de recidiva do tumor e infecção pulmonar relacionada, foi ato de eutanásia. Ingressaram com a ação judicial, na qual o Tribunal decidiu que a sedação paliativa no paciente internado, realizada contra a vontade dos familiares, não foi ilegal, eis que feita para garantir conforto ao paciente. O perito, em seu laudo, salientou que o paciente

faleceu de maneira natural (ortotanásica, causa interna), durante tratamento paliativo, em razão de doença neoplásica avançada de laringe (provavelmente estágio VI) associada a complicações infecciosas (pulmonares) com falência de múltiplos órgãos e que não é a sedação que mata o paciente. O que mata o paciente é a doença neoplásica avançada. A isto, em medicina, pela bioética se denomina ortotanásia.<sup>237</sup>

Deve existir interferência estatal para proteger a vida contra atos de terceiros, pois não é razoável admitir que qualquer um possa dispor sobre a vida alheia. Quando se trata da morte com dignidade, estamos tratando de situações nas quais o próprio titular do direito à vida decide de forma consciente e informada por encerrá-la.

Se o respeito ao princípio da dignidade humana é fundamental para a República brasileira – e para todos os países, de acordo com os documentos internacionais de direitos humanos – é dever do Estado garantir

---

<sup>236</sup> BRASIL. **Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul**. Apelação Cível n.70054988266, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Rel. Irineu Mariani, j.20-11-2013. Disponível em: <<http://www1.tjrs.jus.br/>>. Acesso em: 01 maio 2017.

<sup>237</sup> BRASIL, **Tribunal de Justiça de São Paulo**. Apelação Cível n.0003009-12.2010.8.26.0004, Rel. Des. Moreira Viegas, j.12-06-2013. Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/>>. Acesso em: 11 out. 2017.

as condições para que este princípio de concretize durante todas as fases da vida do ser humano, da qual a morte faz parte.

Sendo a dignidade algo essencial ao ser humano, tem-se o direito à morte digna como um direito fundamental do indivíduo, por tratar-se de um desdobramento do direito à vida digna e saudável.

Mais do que fundamental (ser reconhecido pela ordem interna de um país), há um movimento no sentido de se reconhecer este direito como um direito humano fundamental, a obter reconhecimento por todos os países – em que pesem as peculiaridades de cada um deles e a soberania. Como consequência, ao se inserir a morte digna como um direito humano, inerente à condição de ser humano, emerge o papel da comunidade internacional. No entanto, a questão ainda é controvertida.

O Direito Internacional preocupa-se com o homem, embora ainda resista em considerar o ser humano sujeito nas relações internacionais, normalmente dominadas pelos Estados. Entretanto, nos parece natural considerar o homem, porque o Direito é, por si só, uma expressão da vontade humana, e, por mais técnicas que sejam suas regras, voltam-se elas, em última análise, para o ser humano.<sup>238</sup>

Sarlet afirma que a expressão ‘direitos fundamentais’ cabe aos direitos reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, enquanto os direitos humanos devem ser aplicados ao ser humano, independentemente de sua vinculação com qualquer Constituição.<sup>239</sup>

Embora os documentos internacionais não tenham força coercitiva, não sejam de reconhecimento jurídico e de cumprimento obrigatório por todos os países – recebem, portanto, a classificação de *soft law* –, são instrumentos aptos a contribuir para o processo de formação do direito internacional, por conterem princípios orientadores para o comportamento dos Estados. Neste contexto, citam-se a Declaração de Viena sobre o paciente terminal e a

---

<sup>238</sup> HUSEK, Carlos Roberto. **Curso de direito internacional público**. São Paulo: LTr., 2017, p.356.

<sup>239</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. **Eficácia dos direitos fundamentais**. 11.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012, p.28.

Recomendação n.1.418 do Conselho Europeu de 1999 sobre a proteção dos direitos humanos e da dignidade dos doentes incuráveis e terminais.<sup>240</sup>

A Declaração de Viena dispõe em seu item 3.2: “o médico deve abster-se de empregar qualquer meio extraordinário que não traga benefícios para o paciente”. A questão, nesse ponto, é se manter a vida a qualquer custo seria um benefício para o paciente.

A Recomendação n.1.418, por sua vez, dispõe:

9.1.1 para que os cuidados paliativos façam parte dos direitos individuais reconhecidos pela lei em todos os Estados-membros. [...] 9.2.5 protegendo o direito dos doentes incuráveis e terminais à autodeterminação, tomando as medidas necessárias para isso [...]

O Direito de décadas atrás pode não atender às necessidades sociais atuais; aquilo que parecia impensável ou indiscutível pode não sê-lo. Daí a necessidade de repensarmos a legislação ou admitirmos uma nova interpretação das normas já existentes.<sup>241</sup>

Desta feita, seria possível cogitar-se a respeito de um direito humano à morte digna, como desdobramento do direito à vida digna. Importante destacar que já existem – ainda que insuficientes – alguns mecanismos internacionais de proteção dos direitos humanos aos quais qualquer ser humano pode recorrer. Sobre a discussão, Carlos Roberto Husek alerta:

[...] a Convenção Européia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais, assinada em Roma, em 4.11.50, que “assegura a qualquer pessoa, inclusive apátridas, o direito de acionar os mecanismos criados por aquele ato interestadual,

<sup>240</sup> MARREIRO, Cecília Lôbo. **O direito à morte digna** – uma análise ética e legal da ortotanásia. Curitiba: Appris, 2014, p.87.

<sup>241</sup> Em polêmico artigo, a revista *The Economist* tratou do assunto, trazendo justamente a questão das mudanças sociais que devem levar a uma mudança na legislação: “É fácil esquecer que o adultério foi crime na Espanha até 1978; ou que na América, em que o casamento gay é permitido em 37 estados o que logo será ampliado aos outros pela Suprema Corte, a última lei anti-sodomia foi revogada em 2003. No entanto, embora a maior parte dos governos ocidentais não tentem mais ditar como adultos pratiquem sexo consensual, ainda colocam-se no caminho de seu direito a respeito da morte. Um número crescente de pessoas – e esta revista – acreditam que isso é errado”. No original: “It is easy to forget that adultery was a crime in Spain until 1978; or that in America, where gay marriage is allowed by 37 states and may soon be extended to all others by the Supreme Court, the last anti-sodomy law was struck down only in 2003. Yet, although most Western governments no longer try to dictate how consenting adults have sex, the state still stands in the way of their choices about death. An increasing number of people – and this newspaper – believe that is wrong”. (THE ECONOMIST. **The right to die**. Doctor-assisted dying. Publicado em: 27 jun. 2015. Disponível em: <<http://www.economist.com/>>. Acesso em: 12 jul. 2016).

alçando, assim, pessoas físicas ou jurídicas à mesma posição institucional que os Estados. A tais efeitos, criaram [...] a Comissão Européia dos Direitos Humanos (tantos membros quantos forem os Estados signatários da Convenção). Em seu artigo 25, a Convenção dispõe que, no caso de terem os Estados signatários aceitado a competência da Comissão para receber reclamações de indivíduos (e 11 dos 18 membros do Conselho da Europa assim o aceitarem), qualquer pessoa, organização governamental ou grupos de indivíduos poderão dirigir petições à Comissão Européia dos Direitos Humanos, no caso de se sentirem lesados por violações da Convenção Européia, por parte de um Estado Contratante.<sup>242</sup>

A partir das alegações acima, crê-se estar assentada a possibilidade de se reconhecer o direito à morte digna – seja a eutanásia voluntária ou o suicídio assistido por médicos – como um direito fundamental do sujeito, a ser reconhecido e amparado pelo Direito brasileiro, concretizando-se, desta forma, o respeito à dignidade humana em todas as fases da vida. Não obstante, é possível pensar neste direito como um verdadeiro direito humano, cujo reconhecimento e proteção é dever de toda a comunidade internacional. Como trataremos mais adiante, há países que assim o reconhecem, nos limites de seu território.

## 5.2 Disposições de vontade. Diretrizes antecipadas de vontade

No momento da morte, exceto em casos de morte repentina, o sujeito reflete a respeito de toda a sua existência e sobre as declarações que deseja deixar como expressão de sua última vontade – o testamento. Sobre tais declarações, Ariès relata:

Até o séc. XVIII a morte dizia respeito àquele que ela ameaçava e apenas a esse. Também competia a cada um exprimir as suas próprias ideias, sentimento e vontades. Dispunha para tanto de um instrumento, o testamento. Do séc. XIII ao séc. XVIII, o testamento foi o meio de cada um exprimir, muitas vezes de maneira muito pessoal, seus pensamentos profundos, sua fé religiosa, seu apego às coisas, aos seres que amava, a Deus, às decisões que tinha tomado para assegurar a salvação de sua alma, o repouso do seu corpo. O testamento era, então, um meio de cada homem afirmar os seus pensamentos profundos e convicções, mais do que simplesmente um ato de direito privado de transmissão de uma herança. [...] Ora, na segunda metade do séc. XVIII, dá-se na redação dos testamentos uma alteração considerável. Pode admitir-se que esta alteração foi geral em todo o Ocidente cristão, protestante ou católico. As cláusulas piedosas, as designações de

<sup>242</sup> HUSEK, Carlos Roberto. **Curso de direito internacional público**. São Paulo: LTr., 2017, p.81.

sepultura e as esmolas desapareceram; e o testamento ficou reduzido ao que hoje é um ato legal de distribuição de fortunas.<sup>243</sup>

O testamento é a disposição de última vontade de um ser humano. Não entraremos, nesta pesquisa, em outras questões relativas ao testamento que não as que digam respeito ao tema da morte assistida ou morte com dignidade – falaremos somente do testamento vital ou diretrizes antecipadas de vontade, que tem origem no *living will* norte-americano.

Há países que já abordam o tema, dentre eles o Brasil. A Itália, recentemente aprovou uma lei a respeito do que trata por testamento biológico. A questão voltou à tona após a morte de Fabiano Antoniani, um cidadão italiano de Milão, cego e tetraplégico, que morreu em fevereiro de 2017, mediante procedimento de suicídio assistido, na Suíça. A questão, na Itália, já vem sendo debatida desde 2010, por conta do caso Eluana Englaro.<sup>244</sup>

Por conta do caso Nancy Cruzan, os Estados Unidos discutiram o tema das diretrizes antecipadas, o que resultou na aprovação do *The Patient Self Determination Act* (PSDA), vigente desde 1991. A norma apresenta três formas de efetivar as diretivas antecipadas, definidas (*advance directives*): manifestação explícita da própria vontade (*living will*); poder permanente do responsável legal ou curador para o cuidado da saúde (*durable power of attorney for health care*) – *attorney*, neste caso, traduzido como pessoa investida de poder para representar a outra (não necessariamente um advogado); decisão ou ordem antecipada para o cuidado médico (*advance care medical directive*). Na legislação norte-americana, há uma previsão expressa de punição para a equipe médica que não respeitar a vontade do paciente.<sup>245</sup>

<sup>243</sup> ARIÈS, Philippe. **Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média**. Tradução de Luiza Ribeiro. São Paulo: Unesp, 2014, p.46-47.

<sup>244</sup> O texto seria votado em 13/03/2017, mas foi adiado. A votação não foi concluída até o fechamento deste trabalho. A Itália permite a realização de diretrizes antecipadas de vontade, mas não permite disposição a respeito de recusa à alimentação e hidratação artificial. O documento recebe o nome de *testamento biológico* ou *dichiarazione anticipata di trattamento*.

<sup>245</sup> EUA. **Patient self determination act of 1990** (introduced in house). Disponível em: <<https://www.congress.gov>>. Acesso em: 15 out. 2017.

Oportuno destacar que, em 2010, em pesquisa sobre a qualidade de morte, a revista 'The Economist' realizou um estudo envolvendo 40 países, incluindo o Brasil, sobre a "qualidade da morte", considerando cuidados ao final da vida e inserção de programas de cuidados paliativos para pessoas gravemente enfermas. O Reino Unido encabeça a lista por ter médicos que comunicam honestamente o prognóstico, realizam analgesia eficaz e priorizam cuidados paliativos no final da vida. O Brasil figurou na 38ª posição.<sup>246</sup> Em 2015, uma nova pesquisa foi realizada, com 80 países. O Brasil ficou na 45ª posição do *ranking* "geral", perdendo para países como Inglaterra, Finlândia, Equador e Jordânia.<sup>247</sup> Estes estudos demonstram a necessidade de alguns países, dentre eles o Brasil, melhorarem o tratamento dado no momento da morte, o que se inicia com uma abordagem mais aberta e menos preconceituosa sobre o assunto. Neste aspecto, o aprimoramento dos cuidados paliativos, aliado à informação do paciente e à possibilidade de se elaborar diretrizes antecipadas de vontade são primordiais, sem olvidar da legalização da morte assistida.

Na Espanha, disposições acerca da manifestação de vontade do paciente estão regulamentadas pela Lei n.41/2002. Há expressa preocupação com a dignidade da pessoa humana e com a autonomia da vontade. Declara-se a possibilidade de o sujeito decidir livremente, depois de ser esclarecido a respeito de sua situação clínica e opções; a equipe médica é vinculada às decisões tomadas de forma livre, consciente e informada.<sup>248</sup>

A Alemanha possui legislação a respeito (*Patientenverfügungen*), tratando da manifestação de vontade do paciente, que deve ser considerada em futuros exames, tratamentos e intervenções médicas.<sup>249</sup>

Portugal, por meio da Lei n.25/2012, regulamentou as diretivas antecipadas de vontade e criou o Registro Nacional de Testamento Vital

---

<sup>246</sup> THE ECONOMIST. **Ranking care for the dying:** quality of death. Disponível em: <[www.economist.com/node/16585127](http://www.economist.com/node/16585127)>. Acesso em: 02 out. 2017.

<sup>247</sup> THE ECONOMIST. **The 2015 quality of death.** Index ranking palliative care across the world. Disponível em: <[www.eiuperspectives.economist.com](http://www.eiuperspectives.economist.com)>. Acesso em: 15 fev.2017.

<sup>248</sup> ESPANHA. Lei 41/2002, de 14/11/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

<sup>249</sup> RODRIGUES JUNIOR, Otávio Luiz. Testamento vital e seu perfil normativo: parte 2. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br>>. Acesso em: 14 out. 2017.

(RENTEV)<sup>250</sup>, cujo objetivo é recepcionar, registrar, organizar e manter atualizada toda informação e documentação relativa às diretivas antecipadas de vontade. Funciona, portanto, como um banco de dados no qual a equipe médica pode buscar informações e anexar ao prontuário do paciente.

Na Europa, o Convênio Europeu de Direitos Humanos e Biomedicina de 1997, aprovado pelo Conselho da Europa, é um importante documento que regulamenta as normas a serem cumpridas pelos países signatários europeus e aos que a eles se somam (Estados Unidos, Canadá e Japão, dentre outros), já que regula a expressão da vontade antecipada, declarando a necessidade de serem respeitadas. Este Convênio influenciou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, aprovada pela Unesco em 2005.

No Brasil, ainda não há lei a respeito das diretrizes antecipadas de vontade. No entanto, o testamento vital é considerado válido, por conta do respeito aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana (artigo 1º, III), da autonomia privada (implícito no artigo 5º) e da proibição constitucional de tratamento desumano (artigo 5º, II).

O Conselho Federal de Medicina do Brasil, em 2012, aprovou a Resolução n.1.995/2012<sup>251</sup> que permite ao paciente registrar seu testamento vital ou diretriz antecipada de vontade na ficha médica ou no prontuário – o que garante a dignidade, o respeito à autonomia e vincula o médico à vontade do paciente, obstando qualquer interferência indevida. Muito se debateu a respeito da constitucionalidade dessa Resolução, que, no entanto, já foi assim declarada pelo Poder Judiciário.

Há autores que diferenciam os termos – testamento vital seria um guia de assistência ao paciente terminal, enquanto as diretrizes antecipadas de vontade serviriam para dispor a respeito de tratamentos médicos – sem

---

<sup>250</sup> PORTUGAL. Lei n. 25/2012. **Regime das diretrizes antecipadas de vontade** (DAV) – testamento vital. Disponível em: <[www.pgdlisboa.pt/leis/](http://www.pgdlisboa.pt/leis/)>. Acesso em: 14 out. 2017.

<sup>251</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n.1995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

necessidade de haver uma situação terminal.<sup>252</sup> Outros entendem que diretrizes antecipadas de vontade são um gênero de manifestação da vontade para tratamento médico, do qual são espécies o testamento vital e o mandato duradouro.<sup>253</sup>

Não obstante, verifica-se a conexão entre todos os termos utilizados. As diretivas antecipadas de vontade podem ser expressas e formalizadas por escritura pública em cartório, declaração escrita em documento particular (de preferência com firma reconhecida) ou declaração feita ao médico, registrada no prontuário, com a assinatura do paciente. Nas legislações de diversos países é possível encontrar as expressões *living will*, testamento biológico, *testamento de vie*, testamento de paciente, *instrucciones previas*, testamento vital e diretrizes antecipadas de vontade.

Preferimos utilizar o termo 'diretrizes antecipadas de vontade', até porque testamento dá a ideia de que terá validade somente após a morte do sujeito, o que não é o caso do documento ora tratado (testamento significa o ato solene de declaração de última vontade que terá validade após a morte do sujeito, autor desta declaração). Além disso, porque traduz a finalidade do documento: servir como declaração de vontade a respeito de uma situação futura, de natureza médica, incluindo a possibilidade de designar alguém de confiança para decidir pelo sujeito nos casos em que ele mesmo não puder fazê-lo (por exemplo, se estiver em coma). Se esta situação realmente ocorrer, a declaração de vontade do paciente deve ser observada, respeitando-se a vontade do declarante enquanto estiver vivo. Muito provavelmente, a expressão testamento vital decorre de uma tradução literal e incorreta de *living will*.

De acordo com a Resolução n.1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, as diretivas antecipadas são a expressão de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que

---

<sup>252</sup> BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Direito de morrer dignamente. In: (Org.) SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. **Biodireito**: ciência da vida, novos desafios. São Paulo: RT, 2001, p.295-296.

<sup>253</sup> DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretrizes antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**, 2013, p.464.

estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. São estas diretrizes a serem seguidas pela equipe médica no caso de pacientes incapazes de comunicar-se, ou de expressarem de maneira livre e independente suas vontades.

Pode ter havido também a designação de um representante legal para tanto, caso em que suas informações serão consideradas pelo médico – é o chamado mandato duradouro. Esta última disposição deixa claro que as informações serão consideradas, mas não necessariamente seguidas, possuem um caráter menos vinculativo que a diretriz expressa em relação aos atos médicos. Esta situação pode demandar litígios judiciais e até o não atendimento da vontade do paciente, justamente pela incerteza e pelos questionamentos que poderão vir à tona. Foi o que aconteceu, por exemplo, no caso Terri Schiavo, nos Estados Unidos, o qual será relatado adiante. Inobstante, é preciso esclarecer que o procurador designado deve agir no sentido de serem respeitadas as vontades expressas do paciente, não podendo revogar as decisões manifestadas nas diretrizes antecipadas de vontade.

Léo Pessini critica tamanha autonomia dos pacientes:

De um ponto de vista moral, deve ser enfatizado que a eutanásia praticada por um médico nunca apode exclusivamente fundamentar-se no respeito à autodeterminação do paciente. Ele tem sua própria missão de servir ao bem-estar do paciente. Pode ocorrer o caso em que a eliminação do sofrimento do paciente somente pode ser feita abreviando-se a vida. Nesse caso, a razão médica é a compaixão, não o respeito à autonomia. Se isso é verdade, e pensamos que sim, o médico deve fazer uma avaliação independente de se o paciente está certo em considerar seu sofrimento intolerável e sem esperança [...] Como o sofrimento intolerável num certo sentido é subjetivo, não procede que a pessoa esteja sempre na melhor posição para julgar sua condição em termos desses mesmos critérios subjetivos. O fato de que a perspectiva do paciente seja relevante não significa que sua avaliação seja determinante.<sup>254</sup>

Entretanto, se o paciente não é a pessoa capaz de dizer que seu próprio sofrimento é atroz, quem seria? Entendemos que deixar esta decisão nas mãos da equipe médica é uma visão paternalista do papel do médico.

---

<sup>254</sup> PESSINI, Léo. **Eutanásia** – por que abreviar a vida? São Paulo: Loyola, 2004, p.121.

Não se diga que o papel da equipe médica não seja relevante; ao contrário, é essencial, justamente porque ajuda o paciente a entender a situação médica em que se encontra e a se sentir à vontade para expor suas dúvidas, angústias e decisões.

A decisão deve ser do paciente, tomada de maneira livre, consciente e informada – ou daquele para quem delegou tal função, de acordo com o mandato duradouro. Ademais, qualquer diretiva antecipada de vontade comunicada ao médico pelo paciente deverá ser registrada no prontuário médico. O problema da vontade expressa ao médico (e não por meio de registro prévio) é a avaliação da veracidade, o que pode envolver longas e complicadas disputas judiciais.

As diretrizes antecipadas não serão observadas caso o médico entenda estarem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica. Trata-se de uma questão confituosa e bastante subjetiva, daí a necessidade de se legalizar a morte assistida por médico (morte digna, pela eutanásia voluntária ou suicídio assistido), já que não é autorizada pela legislação brasileira. Afora esta situação, as diretrizes prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

Caso não sejam conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem existir representante designado, familiares disponíveis ou se houver falta de consenso entre eles, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, se existir, ou, na sua falta, 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.

A legislação do Estado de Maryland, nos Estados Unidos, e a Galícia (província espanhola), incluem nas diretrizes antecipadas de vontade um tópico no qual o paciente pode detalhar minuciosamente seus valores e desejos que devem embasar as decisões médicas.<sup>255</sup> Muito embora possa se

---

<sup>255</sup> DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretrizes antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**, 2013, p.465.

argumentar que estas disposições têm cunho bastante aberto e subjetivo, servem como parâmetro e auxiliam a equipe médica a tomar decisões.

As diretrizes antecipadas de vontade só terão validade se expressadas de maneira livre e consciente pelo paciente. Em caso de pacientes com doença mental, o artigo 1º da Resolução n.226/2011<sup>256</sup> esclarece que nenhum tratamento deve ser administrado a pacientes portadores de transtornos mentais sem o seu consentimento livre e esclarecido, salvo em condições clínicas excepcionais, caracterizadas e justificadas em prontuário.

Uma vez reconhecido pelo ordenamento jurídico brasileiro o direito à morte digna, esse seria o instrumento utilizado para que o paciente, consciente e informado, pudesse dispor a respeito de abreviar sua própria vida e deixar um procurador responsável para decidir junto à equipe médica as questões eventualmente surgidas se o indivíduo perder a consciência. As diretrizes antecipadas de vontade serviriam, portanto, para o paciente dispor não só a respeito dos tratamentos aos quais consente ou não ser submetido, para nomear representante legal (para fazer valer suas vontades e decidir a respeito de questões médicas supervenientes à eventual perda da consciência) e, por fim, para tratar a respeito da morte assistida.

---

<sup>256</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n.226/2011**. Regulamenta a adoção de princípios para a proteção de pessoas portadoras de transtornos mentais, passíveis de serem submetidas a psicocirurgias. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

## 6 O DIREITO À MORTE DIGNA EM OUTROS PAÍSES

O tema “morte com dignidade” é polêmico e gera debates acalorados. A legislação e o entendimento a respeito do assunto variam muito ao redor do mundo.

A Suíça talvez seja o país mais famoso neste quesito por permitir o direito de morrer; desde 2009 o país conta com uma legislação a respeito da eutanásia e do suicídio assistido. A lei considera crime a prática da eutanásia, mas permite o suicídio assistido, desde que não seja por “motivos egoístas” (como antecipar o recebimento de uma herança) e desde que quem preste o auxílio comprove que o paciente, consciente do ato, tenha feito um pedido “sincero” para que fosse dado fim à vida. O país ficou bastante conhecido por permitir a prática do suicídio assistido também a estrangeiros (recebeu, inclusive, o rótulo de país do “turismo do suicídio”). Luxemburgo também admite a eutanásia e o suicídio assistido desde 2008.

Segundo pesquisas recentes, mais de 600 estrangeiros viajaram à Suíça para se submeterem à prática, a maior parte deles, por estarem com câncer em estágio terminal.<sup>257</sup> O governo, então, questionou seus cidadãos a respeito – a maioria rejeitou limitar a prática. Em 2011, aproximadamente 14% dos eleitores votaram a favor da primeira proposta, que proibiria totalmente a prática do suicídio assistido e cerca de 20% votaram a favor da segunda proposta, que pretendia proibir estrangeiros de aproveitar as leis locais para praticar suicídio assistido.<sup>258</sup>

Os Estados Unidos deixam a cargo de cada Estado decidir sobre o assunto. Um caso emblemático no país foi o de Karen Ann Quilan, ocorrido em 1975. Karen Ann era uma jovem americana que, após ingerir bebida, álcool e barbitúricos, entrou em estado de coma com prognóstico de irreversibilidade para uma vida consciente. Seus pais, católicos praticantes, assessorados pelo padre de sua igreja, solicitaram ao hospital que

---

<sup>257</sup> SEVILLANO, Elena. Número de doentes que vão à Suíça para se suicidar dobra em quatro anos. **El País**. Madri. Disponível em: <<http://brasil.elpais.com>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

<sup>258</sup> BBC. **Suíços rejeitam limitar ‘turismo do suicídio’**. Disponível em: <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/05/110515\\_zurique\\_referendo\\_suicidio\\_rw.shtml](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/05/110515_zurique_referendo_suicidio_rw.shtml)>. Acesso em: 26 jun. 2017.

desligassem o respirador que a mantinha viva gerando um polêmico processo legal. O Tribunal Superior do Estado de Nova Jersey (USA) concedeu, em uma sentença histórica, no ano de 1976, o direito da jovem de morrer com dignidade e em paz.

O primeiro dos Estados americanos a legalizar o auxílio médico para o ato de morrer foi Oregon (em 1994, com o *Oregon Death With Dignity Act*), pela prática da prescrição de coquetéis letais para pacientes terminais. Os pacientes devem ter mais de 18 anos, menos de seis meses de expectativa de vida, estarem conscientes e terem feito, na presença de testemunha, dois pedidos verbais além de um pedido por escrito, com lapso temporal de pelo menos 15 dias entre eles; além disso, deve haver a concordância de ao menos dois médicos.

Para a legalização do suicídio assistido no Oregon, foi fundamental o papel do médico Jack Kevorkian, pioneiro na questão. Em razão do suicídio assistido não ser permitido à época, fora condenado por homicídio “em segundo grau” e “entrega a outrem de substância controlada (pela administração de injeção letal em Thomas Youk, incapaz fisicamente de se matar)”; sua pena foi prevista de 10 a 25 anos de prisão. Embora tenha sido condenado, inegável o quanto Jack contribuiu para o debate sobre a questão, inclusive por torná-la tão pública e atrair o interesse da população pelo tema.

Kervokian criou uma máquina para auxiliar pacientes enfermos que tivessem expressamente manifestado o desejo de morrer, livrando-se do sofrimento em que se encontravam. Na máquina eram colocadas doses letais de cloreto de potássio em tubos de ensaio; uma agulha colocada na veia do doente ativava o mecanismo. Estima-se que 130 pacientes tenham se valido deste artifício.

Um ponto a ser destacado é o de que a legislação do Oregon só aceita o auxílio médico para casos terminais e apenas na forma de prescrição de doses letais – estas evem ser autoadministradas (o que representa um

grande problema nas situações envolvendo pacientes incapazes de se autoaplicarem a dose letal).<sup>259</sup>

Em 2014, os Estados de Washington, Vermont, New Mexico e Montana aprovaram legislações nos moldes do Oregon.<sup>260</sup> Em 2016, foi a vez da Califórnia, cuja lei foi elaborada nos mesmos moldes da legislação do Oregon.

Relevante observar que ainda existe muita confusão quanto aos termos corretos a serem utilizados. Desde que a lei entrou em vigor, o Departamento de Serviços Humanos do Oregon utiliza o termo “suicídio assistido pelo médico” assim como também o fazem os artigos médicos e acadêmicos sobre o assunto. O termo gerou controvérsias e, em razão disso, o Departamento passou a utilizar “morte com dignidade”, o que gerou ainda mais debate, dada a amplitude do termo escolhido. Dereck Humpry sugeriu que para a situação em que o médico ministrava a overdose de medicamentos para causar a morte, se fale em ‘suicídio assistido pelo médico’, medicídio (seguindo sugestão de Jack Kervokian). Para situações em que o paciente escolheu colocar fim à sua vida sem qualquer ajuda médica, autoeutanasia ou suicídio assistido.<sup>261</sup>

O termo “suicídio assistido por médico” envolve a situação em que o médico aplica a dose letal de medicamentos, o que, segundo a linguagem jurídica brasileira, seria chamada de eutanásia voluntária, visto que é o médico quem encerra a vida do paciente.

Quanto à eutanásia, o primeiro país a legalizar a prática foi a Holanda (em 2002), seguida da Bélgica. A Holanda legalizou a eutanásia passiva; é possível colocar em coma induzido (ou mantidos em coma) e encerrar a nutrição e a hidratação de pacientes com expectativa de vida de

---

<sup>259</sup> THE ECONOMIST. **The right to die**. Doctor-assisted dying. Publicado em: 27 jun. 2015. Disponível em: <<http://www.economist.com/>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

<sup>260</sup> BBC. **Suicídio assistido**: que países permitem ajuda para morrer? Disponível em: <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150911\\_suicidio\\_assistido\\_rb](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150911_suicidio_assistido_rb)>. Acesso em: 19 fev. 2016.

<sup>261</sup> Derek Humpry, presidente da Organização para Pesquisa e Orientação sobre Eutanásia (Euthanasia Research and Guidance Organization (ERGO), no Oregon, EUA e autor da obra “Final Exit”, sobre morte assistida). Disponível em: <<http://www.assistedsuicide.org/what-do-you-call-an-assisted-death.html>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

duas semanas ou menos.<sup>262</sup> A prática também é autorizada para menores, desde que tenham no mínimo 12 anos; exige-se autorização dos pais até 16 anos.

Quando a questão envolve crianças, por sua incapacidade presumida, em razão da idade, de manifestar validamente sua vontade, torna-se ainda mais polêmica.<sup>263</sup>

Quando a situação envolve menores de idade, a permissão para morte assistida não deveria ser concedida, mesmo a requerimento dos pais. A base para defendermos a existência do direito de morrer com dignidade está justamente na proteção da dignidade do ser humano, da proteção de sua vontade, tomada conscientemente e após ter sido informado de sua condição e desenvolvimento da doença.

Desta maneira, para evitar que outros venham a decidir a respeito da vida, seja a equipe do hospital, sejam familiares que possam ter interesses escusos a respeito de direitos sucessórios, entendemos que a manifestação de vontade a respeito da morte assistida deve partir do próprio paciente ou de pessoa por ele indicada.

Conforme leciona Maria Garcia, a dignidade da pessoa humana corresponde à compreensão do ser humano na sua integridade física e psíquica, como a autodeterminação consciente, garantida moral e juridicamente.<sup>264</sup>

A Convenção de Oviedo, Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e

---

<sup>262</sup> THE GUARDIAN. **Euthanasia and assisted suicide laws around the world.** Disponível em: <<http://www.theguardian.com/>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

<sup>263</sup> Atualmente, por exemplo, houve o caso de Charlie, filho de Connie Yates e Chris Gard, que nasceu saudável em agosto de 2016, mas começou a perder peso e força com seis semanas de vida. Ele foi internado em outubro no Hospital londrino Great Ormond Street, diagnosticado com miopatia mitocondrial – uma condição que causa perda progressiva de força muscular, doença rara, complexa e incurável. Em uma decisão que gerou polêmica, a Corte do Reino Unido considerou a alegação do hospital Great Ormond Street de que Charlie tem um “dano irreversível no cérebro” e permitiu que os médicos responsáveis suspendessem o tratamento que o mantinha vivo desde que nasceu, embora os pais lutassem judicialmente para manter a criança viva, mantida por aparelhos, enquanto o hospital ingressou com uma ação judicial para que possa desligar os aparelhos e obteve êxito. O Tribunal entendeu que a manutenção de Charlie no estado em que se encontrava não seria um benefício para o mesmo. (BBC. **Pais lutam na justiça para manter vivo bebê de seis meses com doença incurável.** 03/03/2017. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/internacional-39160708>>. Acesso em: 06 mar. 2017).

<sup>264</sup> GARCIA, Maria. **Limites da ciência: a dignidade da pessoa humana – a ética da responsabilidade.** São Paulo: RT, 2004, p.211.

da Medicina de 1997, elaborada e assinada por países europeus estabeleceu que qualquer intervenção sobre uma pessoa que careça de capacidade para prestar seu consentimento apenas poderá ser efetuada em seu benefício direto (artigo 6º).

Na França, apenas a ortotanásia (suspensão dos tratamentos) é autorizada. Desde 2005, o país permite interromper tratamentos médicos “inúteis ou desproporcionais e cujo único objetivo é manter alguém artificialmente em vida” (Lei Leonetti). Na prática, a lei permite “deixar alguém morrer”, fazendo com que o paciente seja induzido a um coma artificial (no caso dos que não estão em coma) e morra de fome e de sede, o que pode levar inúmeros dias.<sup>265</sup> É a mesma posição adotada pela Áustria. Necessário frisar, entretanto, que são tomadas medidas para evitar ou minimizar o sofrimento do paciente durante este período.

Naquele país, a questão foi reacendida com o caso de Chantal Sébire, que sofria de uma doença rara e incurável que deformou seu rosto e provocava dores terríveis; ela desejava colocar fim ao seu sofrimento, mas não queria submeter-se à eutanásia passiva, pois considerava uma agonia terrível para si e para sua família. Apesar de ter ingressado com pedido judicial para receber uma injeção com uma dose letal de medicamento, teve seu pedido negado.<sup>266</sup> Ela foi encontrada em sua casa, morta; a autópsia determinou que houve suicídio e revelou uma concentração letal de barbitúricos em seu sangue.<sup>267</sup>

Na Bélgica, a prática da eutanásia ou suicídio assistido é legalizada desde 2002. Dentre suas principais regras estão: médicos podem auxiliar pacientes em sua morte desde que haja um longo histórico entre as duas partes, ambos devem ser belgas e residir permanentemente no país. Além disso, os pacientes devem ter uma condição médica irreversível, estar

---

<sup>265</sup> BBC. **Briga familiar reacende debate sobre eutanásia na França**. Disponível em: <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/01/140117\\_eutanasia\\_franca\\_pai\\_df.shtml](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/01/140117_eutanasia_franca_pai_df.shtml)>. Acesso em: 19 fev. 2016.

<sup>266</sup> BBC. **Briga familiar reacende debate sobre eutanásia na França**. Disponível em: <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/01/140117\\_eutanasia\\_franca\\_pai\\_df.shtml](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/01/140117_eutanasia_franca_pai_df.shtml)>. Acesso em: 19 fev. 2016.

<sup>267</sup> FOX NEWS. **Overdose killed woman denied euthanasia**. Publicado em 27 mar. 2008. Disponível em: <<http://Euthanasiahttp://www.foxnews.com>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

passando por um “sofrimento mental ou físico constante que não pode ser aliviado” e devem ter manifestado sua vontade antes de ingressar em um estado vegetativo; ademais, um médico deve estar presente no momento da morte. Mais polêmico ainda é o fato de o país, em 2010, ter sido o primeiro a legalizar a eutanásia também para crianças.<sup>268</sup>

No que tange às crianças e incapazes, a questão é ainda mais controversa. Em 1962, um caso bastante rumoroso tramitou em Liège. Trata-se do julgamento de uma mãe belga e do seu médico assistente, que haviam praticado a eutanásia em seu filho recém-nascido, que devido à talidomida havia nascido totalmente disforme. Durante o processo, diante da argumentação do juiz de que a criança poderia ter sido enviada a uma instituição, a mãe respondeu: “Isso era uma solução para o meu problema, mas não era para o meu filho”. Médico e mãe foram absolvidos. O caso foi bastante relevante para o debate sobre a morte sem sofrimento de crianças e a eutanásia.<sup>269</sup>

Na Espanha, a eutanásia ativa e o suicídio assistido são considerados crime. De acordo com a legislação atual, no entanto, permite-se ao paciente – ou a seus representantes legais, se for menor – recusar um tratamento, mesmo se isso colocar a vida do paciente em perigo. A decisão decorre da Lei de Autonomia do Paciente, de 2002.<sup>270</sup>

O recente suicídio, em abril de 2017, de José Antonio Arrabal, que sofria de esclerose lateral amiotrófica, reacendeu o debate: “Fico indignado de ter de morrer clandestinamente”, foram as palavras de José Antonio, que resolveu cometer suicídio e o fez, filmando todo o ato.

Apesar de ter lutado para viver (antes do diagnóstico de esclerose, tinha sofrido por hipereosinofilia, uma doença grave dos glóbulos brancos), ofereceu-se para participar de um teste clínico no hospital Carlos III de Madri,

---

<sup>268</sup> BBC. **Suicídio assistido**: que países permitem ajuda para morrer? Disponível em: <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150911\\_suicidio\\_assistido\\_rb](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150911_suicidio_assistido_rb)>. Acesso em: 19 fev. 2016.

<sup>269</sup> HARE, R. M. **Ética**: problemas e propostas. Tradução de Mário Mascherpe e Cleide Antônia Rapucci. São Paulo: Unesp, 2004, p.57.

<sup>270</sup> ESPANHA. Lei 41/2002, de 14/11/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

um centro de referência na esclerose lateral. Queria “servir para alguma coisa”, segundo ele, mas não foi considerado apto para o estudo devido às sequelas de sua doença anterior. Para prevenir qualquer alegação de que sua família o havia abandonado ou o ajudado a tirar a própria vida, gravou o ato – quando então se suicidou ingerindo dose letal de remédios comprados pela internet para que adormecesse e sofresse parada cardiorrespiratória.<sup>271</sup> No vídeo, suas primeiras palavras são: “Se está vendo este vídeo, é porque consegui ser livre”. E continua:

Eu acho indigno que neste país (Espanha) a eutanásia e o suicídio assistido não sejam legalizados. Acho indigno que uma pessoa tenha que morrer sozinha e na clandestinidade. Acho indigno que a sua família tenha que sair de casa para não se ver comprometida e acabar presa. [...] O que resta é degenerar-me até acabar como um vegetal. Eu sempre fui muito independente. Não quero que minha mulher e meus dois filhos hipotequem o tempo de vida que me resta cuidando de mim em vão [...]

Diz, ainda, que se existisse uma lei de suicídio assistido e eutanásia, poderia adiar a decisão:

Teria aguentado mais tempo. Mas quero poder decidir o final. E a situação atual não me garante isso. [...] Na verdade é triste não existir uma lei que regule esses atos. Tive de comprar os medicamentos pela Internet, o que não dá nenhuma garantia.

No Japão, a Associação Japonesa de Medicina Aguda, em 2007, aprovou as diretrizes para se aplicar a eutanásia passiva em pacientes com morte encefálica ou aos que morrerão de forma iminente, apesar do tratamento. O documento embasa a retirada da respiração artificial em doentes em estado terminal, mas a autorização para se aplicar a eutanásia só será dada pelos médicos se o paciente tiver o apoio da família e, além disso, expressado antecipadamente, por escrito, seu desejo de interromper o tratamento que o mantém vivo artificialmente. No caso de a família não ser capaz de decidir, se a vontade do paciente for desconhecida ou se não for

---

<sup>271</sup> BENITO, Emilio de. **Fico indignado de ter de morrer clandestinamente**: o caminho de um doente terminal até a morte digna. Disponível em: <[http://brasil.elpais.com/brasil/2017/04/05/ciencia/1491414684\\_118351.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2017/04/05/ciencia/1491414684_118351.html)> Acesso em: 23 jun. 2017.

possível contatar parentes, a última palavra deve depender da opinião da equipe médica.

Na América Latina, Colômbia e Uruguai permitem a prática da abreviação da vida.

O Uruguai, desde 1934, prevê em seu Código Penal o que foi chamado de “homicídio piedoso” trazendo causas de exclusão da punibilidade a quem realiza tal ato, desde que o tenha feito por motivo piedoso, após reiteradas súplicas da vítima, e que tenha bons antecedentes. No entanto, não traz a mesma benesse para hipóteses nas quais o sujeito auxilia outrem a suicidar-se.<sup>272</sup>

Assim como no Uruguai e no Brasil, a Colômbia prevê a figura do homicídio com redução de pena (equivalente ao homicídio privilegiado no Brasil e ao homicídio piedoso no Uruguai). Mas a Colômbia foi além. É o primeiro país da América Latina a realizar a eutanásia ativa de maneira legal. Trata-se do caso ocorrido em 3 de julho de 2015, data em que Ovidio González morreu em decorrência da prática da eutanásia.<sup>273</sup>

A repercussão do caso levou a Corte Constitucional do país a regulamentar a questão e a determinar que houvesse uma Resolução expedida pelo Ministério da Saúde (Resolução n.1.216/2015).<sup>274</sup> Em suma, o paciente deve manifestar seu desejo ao médico, que tem a obrigação de apresentar opções terapêuticas ao paciente. Se, mesmo assim, o paciente mantiver sua decisão a respeito de abreviar a vida, seu caso será analisado por um comitê técnico, órgão responsável por definir se o paciente preenche ou não os requisitos expressos na Resolução. O comitê, formado por um médico especialista na patologia do enfermo, um psiquiatra, um psicólogo e um advogado, também questiona o paciente quanto a sua decisão, além de ter 10 dias para declarar se considera o paciente em estágio terminal. Aprovado

---

<sup>272</sup> URUGUAI, **Código Penal**. (Del homicidio piadoso). Los Jueces tiene la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima. (URUGUAI. **Código Penal**. Disponível em: <<http://www.parlamento.gub.uy>>. Acesso em: 10 mar. 2016).

<sup>273</sup> COLÔMBIA. **Corte Constitucional**. Sentencia T-970/14. Disponível em: <<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

<sup>274</sup> COLÔMBIA. **Resolução n.1.216/2015**. Disponível em: <<http://www.dmd.org.co>> Acesso em: 10 mar. 2017.

o caso pelo comitê, o procedimento da eutanásia será realizado em 15 dias.

Saliente-se paciente terminal, para a Resolução:

É todo aquele portador de uma enfermidade ou condição patológica grave, assim diagnosticado por um médico especialista, que demonstre um caráter progressivo e irreversível, com prognóstico fatal próximo ou em prazo relativamente curto, que não seja de tratamento curativo ou de eficácia comprovada ou quando os recursos terapêuticos utilizados com fins curativos tenham deixado de funcionar.<sup>275</sup> (tradução livre do autor)

A Colômbia foi o primeiro país da América Latina no qual um paciente viu, reconhecido por sentença, seu direito de utilizar a eutanásia, em 1997. A sentença sustentou a ideia de que o direito fundamental à vida digna implica em direito de morrer com dignidade.

Em 2014, a corte constitucional colombiana assegurou o direito à eutanásia a todos os pacientes terminais com doenças incuráveis que causem dor, desde que o procedimento fosse amparado no consentimento livre, inequívoco, consciente e informado do paciente. Em abril de 2015, o assunto foi regulado pela Resolução n.216/2015 do Ministério da Saúde e Bem-Estar Social daquele país.

Na Argentina, a Lei n.26.742/2012, estabelece em seu artigo 1º, a autonomia da vontade do paciente que tem o direito de aceitar ou não ser submetido a determinados procedimentos médicos, devendo manifestar sua vontade através de um consentimento informado.<sup>276</sup>

A Alemanha legalizou o suicídio assistido, desde que respeitada uma regra estrita: a droga letal deve ser tomada pelo paciente sem qualquer auxílio (como alguém guiando suas mãos ou dando-lhes suporte).<sup>277</sup>

Em 02 de março de 2017, o Tribunal Federal da Alemanha autorizou a venda de medicamentos para cometimento do suicídio assistido.

---

<sup>275</sup> No original, em espanhol: “Es todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente corto, que no sea de tratamiento curativo y de eficacia comprobada o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de funcionar”.

<sup>276</sup> ARGENTINA. **Ley 26.742/2012** – SALUD PUBLICA – Modificase la Ley n. 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. Disponível em: <<http://www.adelaprat.com>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

<sup>277</sup> THE GUARDIAN. **Euthanasia and assisted suicide laws around the world**. Disponível em: <<http://www.theguardian.com/>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

A decisão menciona que deve ser considerado o livre arbítrio do paciente e que, em casos extremos, em situações intoleráveis de dor e quando não há alternativas médicas paliativas, o Estado não pode negar acesso a medicamentos prescritos que permitam que o paciente tenha uma morte digna e indolor. O julgamento foi realizado após decisão do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos a respeito da ação movida por Ulrich Koch contra o Estado alemão. Em 2002, sua esposa teve uma queda e ficou paralisada do pescoço para baixo, passando a respirar apenas com ajuda de aparelhos. Na época, o tribunal alemão não autorizou o suicídio assistido. Em 2005, com a ajuda da organização Dignitas, na Suíça, cometeu suicídio. Seu marido, então, ingressou com a ação que resultou na autorização da venda de medicamentos para o cometimento de suicídio assistido.

Em 2015, a Corte Holandesa absolveu de todas as acusações criminais um homem acusado de assistir sua mãe, de 99 anos, a cometer o suicídio assistido. Em abril do mesmo ano, a corte sul-africana julgou que um homem acometido de doença terminal tem o direito ao suicídio assistido, sem qualquer consequência negativa, judicial ou profissional para a equipe médica envolvida.<sup>278</sup>

Embora cada legislação tenha regras próprias, limites e orientações, a situação atual, quanto às várias formas de auxílio médico para por termo à própria vida, está regulada nos seguintes países e estados: Suíça (desde 1940; único país que permite a prática em estrangeiros); Colômbia (1997); Holanda (2002), Luxemburgo (2009) e, nos EUA, Oregon (1994), Washington (2008), Montana (2009), New Mexico (2015), Califórnia (2015) e Canadá (na província de Quebec, desde 2015).<sup>279</sup>

---

<sup>278</sup> TUTTLE, Kase. **Germany lawmakers approve assisted suicide Bill**. Publicado em: 06 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.jurist.org/>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

<sup>279</sup> No original, em inglês: "Various forms of medical assisted suicide have been approved in the following states and nations. Each law has its own limits, rules and guidelines. All but Switzerland forbid foreigners this type of help to die: Switzerland – 1940; Oregon (U.S.) – 1994; Colombia – 1997; The Netherlands – 2002; Belgium – 2002; Washington (U.S.) – 2008; Luxembourg – 2009; Montana (U.S.) – 2009 (court ruling only); England & Wales – 2010 (prosecution policy statement); Vermont (U.S.) – 2014; New Mexico (U.S.) – 2015 court ruling under appeal. Quebec (Can.) – 2015; California (U.S.) – 2015; Canada – 2016 (details pending)". (Disponível em: <[http://www.assistedsuicide.org/suicide\\_laws.html](http://www.assistedsuicide.org/suicide_laws.html)>. Acesso em: 19 fev. 2016).

Em que pese cada país ter sua legislação, os critérios, de modo geral, para a prática do suicídio assistido, são bastante parecidos.

Para a Europa há a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, de 1997 (Convenção de Oviedo), em vigor desde dezembro de 1999.<sup>280</sup>

A Convenção tem como propósito proteger o ser humano na sua dignidade e na sua identidade e garante a todos, sem discriminação, o respeito pela integridade e por seus outros direitos e liberdades fundamentais face às aplicações da Biologia e da Medicina.

A Convenção preocupa-se, ainda, com os menores de idade. Estabelece a necessidade de autorização do representante legal ou pessoa designada pela lei, para a realização de intervenções, embora a opinião do menor seja considerada de acordo com sua idade e grau de maturidade; o mesmo vale para casos nos quais o paciente sofra de alguma deficiência mental e não possa consentir validamente ou expressar sua vontade. O consentimento apropriado é dispensado em situações de emergência e deve existir intervenção médica indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.

Ainda que o texto da Convenção não traga disposições expressas a respeito da morte assistida, interessante notar que em seu artigo 2º estabelece o primado do ser humano: “O interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência”.

O texto da Convenção não se esquece de prestigiar o princípio da autonomia, em seu artigo 5º:

Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa

---

<sup>280</sup> CONSELHO DA EUROPA. **Convenção de Oviedo**. Disponível em: <[www.gddc.pt/siii/docs/oviedo.pdf](http://www.gddc.pt/siii/docs/oviedo.pdf)> Acesso em: 06 mar. 2017.

em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.

Como se depreende, são normas plenamente aplicáveis ao assunto em estudo.

A Corte Europeia de Direitos Humanos foi instada a se manifestar sobre o suicídio assistido em 2014, mas acabou arquivando o procedimento sem julgá-lo porque a solicitante, antes disso, cometeu suicídio. No entanto, a Câmara de julgamento já havia sinalizado que não iria conceder o requerimento, pois a solicitante não padecia de nenhuma doença terminal.<sup>281</sup>

Em 2015, no entanto, a Corte decidiu pela possibilidade da eutanásia passiva, ou seja, pela possibilidade de desligar os aparelhos que mantêm a pessoa viva. Trata-se do caso de Vincent Lambert, no qual os pais e filhos do paciente eram contra a autorização para suspender a hidratação e nutrição artificial, algo que a legislação francesa admite desde 2005, mediante avaliação médica de que o paciente não tem recuperação. A decisão de retirar a sonda foi tomada pelo paciente e sua esposa, o que foi atendido em 2013. Vincent Lambert tinha 38 anos e por sete deles permaneceu em coma, após um acidente de trânsito que lhe provocou lesões cerebrais irreversíveis.<sup>282</sup>

O caso de Lambert, cujo resultado ficou conhecido como “veredicto de Estrasburgo” poderá afetar a regulamentação da eutanásia em outros países europeus, já que a Convenção Europeia de Direitos Humanos é um tratado assinado pelos Estados membros da Europa e vinculativo nos termos do direito internacional. Não significa que há obrigatoriedade neste sentido, mas é um precedente que pode ser seguido.

Passaremos, em seguida, a analisar alguns casos emblemáticos para discussão da morte assistida, seja a eutanásia, seja o suicídio assistido. Muito embora os casos a seguir não tenham resultado na procedência dos

---

<sup>281</sup> CORTE Europeia de Direitos Humanos. **Caso Gross v. Switzerland** (Application n.67.810/10). Disponível em: <<http://hudoc.echr.coe.int>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

<sup>282</sup> CORTE Europeia de Direitos Humanos. **Caso Lambert and Others v. France** [GC] – 46.043/14 Disponível em: <<http://www.echr.coe.int>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

pedidos dos seus autores, contribuíram significativamente para trazer o assunto à tona.

### **6.1 Terri Schiavo, um caso americano**

Terri Schiavo, americana, em 25/02/1990 teve um colapso em sua casa. Os médicos atestaram que um desequilíbrio nos níveis de potássio fez seu coração parar, temporariamente, impedindo que o oxigênio chegasse ao cérebro. Disso restou-lhe uma “encefalopatia hipóxico-isquêmica”, o que significa diminuição de fluxo sanguíneo cerebral, causando-lhe grave dano cerebral levando-a ao coma. Seu marido, Michael, levantou dinheiro para implantar um estimulador cerebral, o que não a tirou do coma. Terri estava num estado chamado pelos médicos de ‘estado vegetativo persistente’.

Em 1992, Michael recebeu um milhão de dólares ao processar os médicos por erro de diagnóstico, pelo fato deles não terem reconhecido que Terri sofria de desordem alimentar antes do seu coração parar. Então, em 1993, começou a briga com os pais de Terri, que moveram uma ação judicial requerendo parte deste dinheiro e que Michael fosse removido do papel de guardião de Terri, mas o caso não foi adiante.

No entanto, em 1998, Michael ingressou com ação judicial para remover o tubo de alimentação de Terri, alegando que ela havia manifestado vontade neste sentido, ou seja, que se um dia ficasse em estado vegetativo persistente, preferiria morrer. Em 2000, o caso foi julgado procedente pelo juiz George Greer. A batalha legal estava apenas no início. Em abril de 2001, o tubo foi removido, mas dois dias depois, por ordem judicial, foi reinserido. O caso, neste ponto, já havia se tornado assunto nacional nos Estados Unidos, tanto entre a população quanto no meio político.

Em setembro de 2001, os advogados dos pais de Terri, Bob e Mary Schindler, em audiência, mostram o testemunho de sete médicos os quais alegavam que Terri, se recebesse o tratamento adequado, teria possibilidade de se recuperar. Em outubro, a Corte decidiu que cinco médicos deveriam examinar Terri para determinar se ela teria alguma possibilidade de

recuperação. Dois médicos foram indicados por Michael, um pela Corte e dois pelos pais de Terri; somente estes alegaram que ela poderia se recuperar do dano cerebral.

Em 2002, o juiz decidiu que, diante da falta de evidência que levasse a crer na recuperação da paciente, o tubo de alimentação poderia ser desconectado. Os pais de Terri continuaram apelando da decisão.

Em 2003, o magistrado determinou uma data para retirada do tubo, o que de fato ocorreu. Enquanto isso, o governador Jeb Bush iniciava uma ação judicial no âmbito federal para manter Terri viva, mas a decisão foi de que aquela corte não tinha competência para interferir no caso. Em outubro do mesmo ano, o governador assinou a *Terri's Law* (Lei de Terri), determinando que o tubo de alimentação fosse reinserido. Um guardião independente, nomeado pelo magistrado, concluiu que não havia esperança médica razoável no caso de Terri. Em 2004, a Corte Suprema da Flórida julgou inconstitucional a lei de Jeb Bush.<sup>283</sup>

Embora os pais de Terri insistissem em um novo julgamento para o caso, o pedido foi negado. Após 12 anos de batalha legal, em 18 de março de 2005, o tubo de alimentação de Terri Schiavo foi retirado. Treze dias depois ela morreu de inanição, ou seja, de sede e de fome.<sup>284</sup>

## 6.2 Eluana Englaro, um caso italiano

Eluana Englaro, italiana, morreu em 2009, depois de permanecer em estado vegetativo por 17 anos, em razão de um grave acidente automobilístico no qual perdera o controle do carro ao voltar de uma festa, em 1992, aos 21 anos. Pouco depois do acidente, segundo os médicos, seu diagnóstico era claro: lesão cerebral irreversível. O caso ocorreu em Lecco, Lombardia, na Itália.

---

<sup>283</sup> EUA. Supreme Court. **Terry Schiavo case**. Disponível em: <<https://www.supremecourt.gov>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

<sup>284</sup> UNIVERSITY OF MIAMI. **Schiavo case resources key events in the case of Theresa Marie Schiavo**. Disponível em: <<http://www.miami.edu/>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

A partir do incidente, iniciou-se uma batalha legal travada pelos pais de Eluana. Ambos alegavam que a jovem, em mais de uma ocasião, havia dito que se um dia estivesse numa condição como aquela, preferiria morrer. Em 1997, o pai de Eluana, Beppino Englaro, obteve autorização judicial para se tornar o tutor legal de Eluana. Em 1999, ingressou com o pedido judicial perante a Corte de Lecco para interromper a alimentação artificial de sua filha que, segundo ele, havia manifestado vontade neste sentido.

A questão foi decidida em 2007. Um ano e meio depois, em 2009, Eluana foi transferida de Lecco para Udine para retirada dos aparelhos e suspensão da hidratação e da alimentação, procedimentos que a mantinham viva. Ela morreu três dias depois, em 09/02/2009, na clínica La Quiete, em Udine. O caso encerrou-se, depois de 11 anos de processos, quinze sentenças da Corte Italiana e uma da Corte Europeia.

O Tribunal de Milão derrubou uma decisão de autoridades regionais que impedia os hospitais da região de cooperar com o fim da vida de Eluana. Isso encerrou a batalha judicial de dez anos travada pelo pai da jovem.

Perante a Corte Europeia de Direitos Humanos, um cidadão italiano e sete associações italianas alegaram que a decisão italiana violava a Convenção de Oviedo e a Convenção Internacional sobre direitos das pessoas com deficiência. No entanto, o pleito não foi aceito sob o argumento de que os proponentes não poderiam ser considerados, sequer potencialmente, vítimas de violação de direitos humanos.

O Tribunal de Milão entendeu que, de acordo com os artigos 2, 13 e 32 da Constituição Italiana, qualquer pessoa, se plenamente capaz de querer e entender, pode recusar qualquer tratamento terapêutico ou nutricional fortemente invasivo, mesmo se necessário a sua sobrevivência.<sup>285</sup>

---

<sup>285</sup> No original, em italiano: "Infatti, ai sensi degli artt. 2 e 32 Cost., un trattamento terapeutico o di alimentazione, anche invasivo, indispensabile a tenere in vita una persona non capace di prestarvi consenso, non solo è lecito, ma dovuto, in quanto espressione del dovere di solidarietà posto a carico dei consociati, tanto più pregnante quando, come nella specie, il soggetto interessato non sia in grado di manifestare la sua volontà. In base agli artt. 13 e 32 Cost. ogni persona, se pienamente capace di intendere e di volere, può rifiutare qualsiasi trattamento terapeutico o nutrizionale fortemente invasivo,

O caso também teve repercussão internacional e vários desdobramentos políticos, uma vez que Berlusconi, então primeiro-ministro italiano, posicionou-se contra a eutanásia.<sup>286</sup>

### 6.3 Ramon Sampedro, um caso espanhol

Ramon Sampedro, espanhol, tetraplégico desde os 25 anos, solicitou à justiça espanhola o direito de morrer, por não mais suportar viver. Seu caso ficou famoso mundialmente por conta do filme ‘Mar Adentro’, que retratou sua história baseada no livro ‘Cartas do Inferno’. Ele, ainda, filmou seus últimos minutos de vida.

Ramón permaneceu tetraplégico por 29 anos, resultado de uma lesão sofrida ao pular de um rochedo para tomar um banho de mar. Em 1993, como membro da Associação Direito de Morrer Dignamente, foi o primeiro espanhol a pedir autorização judicial para praticar eutanásia e dar fim à própria vida – algo que ele não poderia fazer sozinho, dada sua condição física. Após 5 anos da ação judicial movida perante a justiça espanhola, seu pedido para sofrer eutanásia voluntária foi negado.

Desta forma, com a ajuda de amigos, planejou sua morte e queria fazê-lo sem incriminar sua família ou seus amigos que o ajudaram colocando um copo com canudo ao alcance de sua boca, para que ele pudesse tomar uma dose letal de cianureto – conforme indicado pela necropsia. Essa ingestão foi a causa de sua morte. Em 15 de janeiro de 1998, foi encontrado morto.

Em 20 de abril de 1999, Manuela Sanlés, herdeira legal de Ramon, peticionou perante o Tribunal Europeu de Direitos Humanos alegando

---

anche se necessario alla sua sopravvivenza, laddove se la persona non è capace di intendere e di volere il conflitto tra il diritto di libertà e di autodeterminazione e il diritto alla vita è solo ipotetico e deve risolversi a favore di quest'ultimo, in quanto, non potendo la persona esprimere alcuna volontà, non vi è alcun profilo di autodeterminazione o di libertà da tutelare. L'articolo 32 Cost. porta ed escludere che si possa operare una distinzione tra vite degne e non degne di essere vissute". (ITALIA. **Corte di Cassazione.Cass.civ.,sez. I**, sent. 16 ottobre 2007, n.21748 – Caso Englaro. Disponível em: <<http://www.biodiritto.org>>. Acesso em: 30 abr. 2017).

<sup>286</sup> UNIVERSITÀ DI PAVIA. **European center for law, science and new technologies**. La lunga vicenda giurisprudenziale del caso Englaro. Disponível em: <<https://www.unipv-lawtech.eu/>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

violação do direito à morte digna, o direito a não ingerência do Estado no exercício de uma liberdade e o direito à dignidade. O Tribunal declarou inadmissível a demanda por considerar que Manuela não era parte legítima.<sup>287</sup>

Uma das amigas de Ramon, Ramona Montero, foi incriminada como autora do homicídio. Teve início um movimento internacional de pessoas enviando cartas para confessar o crime; com a impossibilidade de levantar todas as evidências, o caso foi arquivado. Após a prescrição do crime, Ramona confessou que o auxiliou a morrer.<sup>288</sup>

#### 6.4 Aruna Shanbaug, um caso indiano

Aruna Shanbaug, enfermeira do hospital King Edward, faleceu no mesmo hospital em que trabalhou, em maio de 2015, após 42 anos em coma. Aruna foi vítima de um estupro extremamente violento, que a deixou neste estado; à época, em 1973, ela tinha 25 anos. O esturador era um faxineiro do hospital que a estrangulou usando uma corrente de metal.

Em 2001, a Suprema Corte da Índia rejeitou um pedido de eutanásia a Shanbaug, após um grupo médico examiná-la. Sua solicitação foi negada porque os médicos diagnosticaram que ela conseguia aceitar comida, emitir sons e responder com expressões faciais.

Embora seu pedido tenha sido rejeitado, o caso é importante para a discussão da eutanásia, já que ganhou repercussão e movimentou o debate sobre o tema. Na Índia, por exemplo, fez com que a interrupção dos cuidados médicos que tenham como objetivo prolongar a vida se tornasse uma prática legal. Legalizou-se, portanto, a prática da eutanásia passiva.

De acordo com a decisão da Suprema Corte Indiana, com base no artigo 226 da Constituição Indiana, a Corte tem poderes para determinar permissões para retirar aparelhos ou tratamentos que suportem a vida do

---

<sup>287</sup> COMISSÃO Europeia de Direitos Humanos. Decisão CCPR/C/80/D/1024/2001, julgamento realizado em 2004. Disponível em: <<http://docstore.ohchr.org/>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

<sup>288</sup> RIBEIRO, Nuno. **Amiga de Ramón Sampedro contou como o ajudou a morrer, agora que o delito prescreveu**. Madri: Publico. Publicado em: 12 jan. 2005. Disponível em: <<https://www.publico.pt>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

paciente em caso de incapazes. De acordo com a regra indiana, este tipo de eutanásia só é permitida em alguns casos, se o pedido for feito por médicos e aprovado na Justiça.<sup>289</sup>

Na decisão do caso Aruna, como argumento, foi lembrado e mencionado o caso Airdale (*Airedale NHS Trust v. Bland* (1993) *All E.R.* 82) (H.L.), decidido pela *House of Lords* (Casa dos Lordes), no Reino Unido.

Anthony Bland era um rapaz de 17 anos que, por conta de um desastre, teve seus pulmões perfurados e interrompido o fornecimento de oxigênio para o cérebro. Como consequência, sofreu danos irreversíveis no cérebro e ficou por vários anos em estado vegetativo persistente. O córtex cerebral, setor do cérebro responsável pela capacidade sensorial e funções cognitivas, tornou-se uma massa aquosa. Ele não podia ver, ouvir, se comunicar ou sentir nada; não tinha consciência.

No entanto, seu tronco cerebral, que controla as funções reflexivas do corpo, como os batimentos cardíacos, a respiração e a digestão, continuavam funcionando. Segundo os médicos, ele estava em estado vegetativo persistente, condição diferente de outras pessoas como coma irreversível, síndrome de *Guillain-Barre*, síndrome de estar preso no próprio corpo ou morte cerebral.<sup>290</sup>

---

<sup>289</sup> No original: “[...] The High Court should give its decision assigning specific reasons in accordance with the principle of ‘best interest of the patient’ laid down by the House of Lords in Airedale’s case (supra). The views of the near relatives and committee of doctors should be given due weight by the High Court before pronouncing a final verdict which shall not be summary in nature.143. With these observations, this petition is dismissed. [...] 137. No doubt, the ordinary practice in our High Courts since the time of framing of the Constitution in 1950 is that petitions filed under Article 226 of the Constitution pray for a writ of the kind referred to in the provision. However, from the very language of the Article 226, and as explained by the above decisions, a petition can also be made to the High Court under Article 226 of the Constitution praying for an order or direction, and not for any writ. Hence, in our opinion, Article 226 gives abundant power to the High Court to pass suitable orders on the application filed by the near relatives or next friend or the doctors/hospital staff praying for permission to withdraw the life support to an incompetent person of the kind above mentioned. PROCEDURE TO BE ADOPTED BY THE HIGH COURT WHEN SUCH AN APPLICATION IS FILED”. (INDIA. **Supreme Court.** Aruna Ramchandra Shanbaug v. Union Of India. Disponível em: <<http://supremecourtindia.nic.in/judgments>>. Acesso em: 01 maio 2017).

<sup>290</sup> Segundo Reynaldo Oliveira, “coma é um estado clínico que se define, em termos comportamentais, pelo comprometimento do ciclo vigília-sono. Esse comprometimento traduz-se pela perda parcial ou total da consciência e conseqüentemente das funções da vida de relação. Uma afirmação categórica a respeito dessa condição clínica, que se pode fazer sem temor de errar, é que ninguém permanece eternamente em coma: ou se recupera (o que significa dizer, com certeza, apenas e tão somente que recuperará o ciclo vigília-sono) ou, se o agravo ao sistema nervoso foi muito grave, evoluirá para a morte, passando ou não pela fase denominada morte encefálica. Nos casos em que houver recuperação, esta poderá dar-se com qualquer grau de seqüela, que dependerá também da gravidade da agressão sofrida, podendo inclusive não haver nenhum déficit residual. Se, após consolidadas, as seqüelas forem de tal monta e conformação que se caracterizem pela inexistência de comportamentos referentes à vida de relação

Bland foi colocado em aparelhos para receber alimentação e hidratação por meio de um tubo nasogástrico. Segundo os médicos, não havia recuperação possível. O médico responsável pelo caso e os pais de Bland aceitavam não haver motivo para mantê-lo naquela situação. As autoridades do hospital, então, requereram uma declaração da Suprema Corte Britânica a respeito do caso.

Em 1992, obtiveram a permissão para retirar a alimentação e a hidratação. A questão levantada na ocasião foi: em quais circunstâncias, se existirem, os que têm o dever de alimentar um inválido legalmente podem parar de fazê-lo? Justamente o caso de Aruna.

No caso de Airdale, Lorde Keith de Kinkel argumenta que é ilícito administrar tratamento a um adulto consciente, sem seu consentimento, mesmo que isso o leve à morte. Isso se estende às situações nas quais a pessoa, antes de entrar no estado vegetativo persistente, dê instruções neste sentido. Segundo o autor, em caso de pacientes inconscientes, é lícito fazer todo o necessário para o benefício do paciente, como ocorreu no caso de Bland. No entanto, como o diagnóstico médico afirmava não haver possibilidade de recuperação, a Casa dos Lordes entendeu que a manutenção de Bland, naquelas condições, não era o que melhor atendia aos seus interesses, ou seja, uma existência em estado vegetativo, sem perspectiva de recuperação, não seria o melhor para ele.

---

(tecnicamente denominada “aperceptividade”), permanecendo apenas as funções vegetativas (tecnicamente denominadas “reatividade”), apresenta-se o que se denomina em medicina, o estado neuro vegetativo persistente (ENP). O ENP é uma condição neurológica na qual, em função da gravidade do insulto sofrido pelo sistema nervoso central, as funções da vida de relação são abolidas. Os pacientes apresentam apenas reações neurovegetativas a estímulos dolorosos, como aumento da pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, integridade do componente reflexo de funções viscerais, como diurese e evacuação, sem, entretanto, o elemento de controle voluntário sobre elas. Não apresentam nenhum sinal de que detectam qualquer estímulo que não seja doloroso e de contato direto com o corpo, tais como visual e auditivo, e muito menos que consigam agregar qualquer significado simbólico a eles ou de qualquer forma a eles reagir. Daí o termo aperceptividade aplicados aos pacientes nessa condição. Uma característica desse grupo de pacientes é que apresentam o ciclo vigília-sono preservado, motivo pelo qual não são mais considerados pacientes em coma, embora sejam confundidos pelo leigo que comumente se refere a essa condição clínica como “coma permanente”. A morte encefálica vem a se configurar situação definitiva, subsequente à instalação de quadros gravíssimos de coma, na qual se dá a completa interrupção da circulação sanguínea do encéfalo com a morte de suas células, caracterizando-se, além da inexistência de qualquer comportamento referente à vida de relação, também pela inexistência de qualquer forma de comportamento vegetativo”. (PITELLI SD; OLIVEIRA RA. Eutanásia e sua relação com casos terminais, doenças incuráveis, estados neurovegetativos, estados sequelares graves ou de sofrimento intenso e irreversível e morte encefálica. **Saúde, Ética & Justiça**. 2009, p.32-39).

## 6.5 Diane Pretty, um caso inglês

Diane Pretty era uma inglesa que ficou paralisada do pescoço para baixo por conta de uma doença neurológica (neurose motora em estágio avançado). Com a progressão da doença, houve uma fraqueza severa que tomou conta dos braços, das pernas e dos músculos que controlavam a respiração. A morte, nestes casos, geralmente ocorre em razão deste enfraquecimento dos músculos, da respiração associada à fraqueza dos músculos da fala e da deglutição, o que leva à insuficiência respiratória e à pneumonia.

Diante do sofrimento visível, da irreversibilidade da situação e da impossibilidade médica de obstar a progressão da doença, Diane procurou a justiça de seu país para requerer que seu marido a ajudasse a cometer suicídio sem ser punido. Julgado em 2001, o pedido foi negado.<sup>291</sup> Uma das justificativas, dentre outras, foi retirada do caso *Rodriguez v. Advogado Geral do Canadá*, de 1994, julgado pela Suprema Corte do Canadá. Nele, o magistrado entendeu que “a doença de que padece o Sr. Rodriguez, não o Estado ou o sistema judicial, é que impede sua capacidade de agir de acordo com sua vontade a respeito do tempo e maneira de morrer”.

Diante da improcedência do pedido perante seu país, Diane recorreu à Corte Europeia de Direitos Humanos alegando violação de direitos humanos. Segundo ela, as leis britânicas infringiram a Convenção Europeia de Direitos Humanos, que garante o direito à vida, proíbe o tratamento desumano ou degradante e protege o respeito pela vida privada.

No entanto, a comissão de sete juízes do Tribunal Europeu de Direitos Humanos em Estrasburgo decidiu, por unanimidade, em 2002, que as autoridades britânicas não haviam violado os direitos garantidos pela

---

<sup>291</sup> REINO UNIDO. **House of Lords Judgments** – The Queen on the Application of Mrs Dianne Pretty (Appellant) v. Director of Public Prosecutions (Respondent) and Secretary of State for the Home Department (Interested Party). Disponível em: <<https://www.publications.parliament.uk/>>. Acesso em: 08 maio 2017.

Convenção Europeia ao recusar imunidade ao marido de Diane. Ela acabou falecendo como temia, em maio de 2012.<sup>292</sup>

Na mesma época do falecimento de Pretty, outra pessoa totalmente paralisada conseguiu permissão legal para mandar retirar os aparelhos que a mantinham viva e morreu durante o sono. A Corte Suprema britânica decidiu que ela tinha capacidade mental necessária para recusar tratamento. A partir daí, a respiração artificial deixou de ser fornecida. Foi o primeiro caso na Grã-Bretanha em que uma pessoa mentalmente capacitada apelou para o direito de suspender o equipamento que a mantinha viva. Algumas das audiências ocorreram junto ao leito da mulher num hospital londrino. A magistrada Elizabeth Butler-Sloss determinou que “B” tinha capacidade mental necessária para escolher seu direito a morrer; argumentou que a alguém tão incapacitado fisicamente quanto a paciente, a vida nestas condições pode ser pior que a morte.<sup>293</sup>

Outro caso emblemático no Reino Unido é o de Charlotte Fitzmaurice, que em 2014 lutou pelo direito de encerrar a vida de sua filha Nancy, de 12 anos, que nasceu cega, com hidrocefalia, meningite e sepse (uma rara e seríssima complicação decorrente de infecção que pode levar à falência múltipla de órgãos).<sup>294</sup>

Dada sua condição, Nancy não era capaz de andar, comer, beber ou falar sem assistência. Segundo Charlotte, ela sofria de dor crônica e intensa e a morte lhe traria paz. A juíza Eleanor King concedeu o pedido e Nancy morreu em agosto de 2014, em razão da eutanásia.

Charlotte consultou o comitê de ética do *Great Ormond Street Hospital*, onde Nancy estava sendo cuidada, e foi informada de que nada havia a ser feito e que os medicamentos para alívio da dor, como a morfina, não estavam mais funcionando. No entanto, não era possível retirar o tubo de

---

<sup>292</sup> **Case of Pretty v. The United Kingdom**. Disponível em: <<http://hudoc.echr.coe>>. Acesso em: 05 maio 2017.

<sup>293</sup> BBC. **Woman granted 'right to die'**. Disponível em: <[http://news.bbc.co.uk/onthisday/hi/dates/stories/march/22/newsid\\_2543000/2543739.stm](http://news.bbc.co.uk/onthisday/hi/dates/stories/march/22/newsid_2543000/2543739.stm)>. Acesso em: 05 maio 2017.

<sup>294</sup> MEDICAL DAILY. **O direito de morrer**: mãe no Reino Unido ganha direito de encerrar a vida da filha de 12 anos. Reportagem de John Fischer. Disponível em: <<http://www.medicaldaily.com/right-die-uk-mother-wins-right-end-12-year-old-daughters-life-landmark-decision-309414>>. Acesso em: 08 maio 2017.

alimentação e, se o fizessem, demoraria dias para a morte ocorrer. Foi, então, que, a pedido de Charlotte, o hospital apresentou o caso à Corte londrina.

Charlotte e seu esposo criaram a *The Nancy Wise Fund*, organização de caridade que ajuda os pais a custear o funeral de seus filhos.

## 7 CONCLUSÃO

A morte sempre será um assunto polêmico, fascinante e envolvido em mistérios, que gera questionamentos de ordem filosófica, moral, religiosa e jurídica.

O presente trabalho estudou a possibilidade de se reconhecer o direito à morte digna como um direito fundamental do indivíduo, por representar uma “boa morte”, cujo conceito é variável no tempo e no espaço, por se trata de algo subjetivo e peculiar. Por morte digna deve-se entender aquela ocorrida conforme os valores, crenças e desejos do indivíduo – caso não se trate, claro, de morte repentina.

As legislações nacionais e internacionais preveem o direito à vida e o protegem. Muito embora a positivação seja um importante instrumento para proteger direitos, o direito à vida é inerente ao ser humano, ou seja, não depende do reconhecimento dos Estados para existir.

A Constituição Federal brasileira inclui o direito à vida no rol dos direitos fundamentais e invioláveis. Esta regra, não obstante, não significa que a vida seja um direito absoluto, vez que o próprio texto constitucional prevê, ainda que em caráter excepcional, a pena de morte. A legislação infraconstitucional, especialmente a legislação penal, prevê os crimes contra a vida (artigos 121 a 128 do Código Penal), sem deixar de lado situações nas quais um sujeito possa tirar a vida de outro sem caracterizar ato ilícito (hipóteses de exclusão da ilicitude, previstas nos artigos 23 a 25 do Código Penal).

Embora nunca se chegue a um consenso sobre o início da vida, para o âmbito jurídico é preciso existir um parâmetro; o adotado foi o da atividade cerebral (conforme se depreende da leitura da Lei dos Transplantes e de manifestações judiciais como a que decidiu não haver crime em caso de aborto de fetos anencéfalos).

O conceito de direito à vida também é debatido, mas conclui-se que ele engloba mais do que estar fisicamente vivo. Pela leitura da Constituição, da análise de sua finalidade, e de documentos internacionais, com destaque

aos artigos 5º e 225 da Constituição Federal e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o direito à vida é ter o direito de estar fisicamente vivo e gozar de sadia qualidade de vida, física e mental, respeitada a dignidade humana. A morte, fase natural da vida, também deve, nesta toada, ser digna.

Pelo estudo da história da morte, nota-se que sua percepção pela sociedade e pelo indivíduo é cíclica. Isto, porque, antes dos avanços médicos, tecnológicos e da popularização do acesso aos hospitais, a morte ocorria em casa; era um assunto proibido e evitado. Por volta do século XII, passou a ser um assunto indesejável. No entanto, em época mais recente, voltou a ocupar certo lugar de destaque. Atualmente houve um retorno à aceitação da morte como algo natural e inevitável e, para alguns, deixou de ser indesejável. Há um movimento no sentido de permitir que o ser humano tenha mais controle sobre as decisões a respeito de sua própria morte e do processo de morrer. Assiste-se ao ressurgimento do desejo por uma morte mais humanizada e menos hospitalizada. Não se trata de menosprezar a importância e a necessidade dos avanços tecnológicos para vencer a morte ou a importância dos cuidados paliativos, mas de acreditar que, neste momento, deve prevalecer a vontade do sujeito, como um ato de respeito ao direito de morrer de acordo com os valores e crenças individuais, ou seja, com respeito à dignidade humana.

Para o desenvolvimento deste estudo e visando trazer maior entendimento sobre o tema da morte digna, foram abordados os conceitos de eutanásia, ortotanásia, distanásia e cuidados paliativos. O conceito de eutanásia gera divergências. Há quem entenda que o termo designa morte de alguém que padece de enfermo incurável, praticada por sujeito; outros compreendem o conceito como morte praticada por médico, para abreviar o sofrimento do paciente. Em qualquer um deles, no entanto, está presente o caráter ou intenção benevolente do ato, praticado por misericórdia, ou seja, para evitar ou abreviar o sofrimento daquele que possa ser considerado enfermo incurável. Entendemos que o melhor é considerar eutanásia como o ato praticado pelo médico como forma de abreviar o sofrimento do paciente. A única forma aceitável de eutanásia é a voluntária. A involuntária (praticada

sem o consentimento do paciente) é verdadeiro ato criminoso, já que a ninguém deve ser dado o direito de decidir sobre a vida alheia.

Já a ortotanásia é a suspensão de medicamentos precedidos, aguardando-se a morte natural; a equipe médica deixa de intervir para evitar a morte, sem, no entanto, deixar de realizar procedimentos e ministrar remédios que tragam conforto para o paciente visando evitar seu sofrimento. A morte, portanto, não é atrasada ou adiantada, apenas aguardada. Neste período são praticados os atos médicos e todos os cuidados possíveis nesta seara para oferecer possível bem-estar ao paciente. No Brasil, compete à Resolução n.1.805 do Conselho Federal de Medicina cuidar do tema.

Para analisar as questões de vida e morte e suas implicações jurídicas é necessário estudar o Biodireito e a Bioética. É na Bioética que se encontram princípios que, aliados a outros, como o da dignidade humana, formam a base do Biodireito. Os princípios da autonomia, da beneficência e da justiça universal são os que orientam esse ramo de conhecimento.

Os princípios são fundamentais e de observância obrigatória. Com base neles, é possível afirmar que qualquer indivíduo tem direito à morte digna, seja por meio da eutanásia voluntária (praticada por médico com conhecimento do sujeito) seja pelo suicídio assistido (com o apoio da equipe médica, o paciente retira a própria vida).

Da aceitação do direito à vida digna decorre o direito à morte digna, uma vez que esta é desdobramento daquela, um verdadeiro direito fundamental. Não se trata, neste caso, de colidência de direitos, mas do desdobramento de um direito.

O que se entende por dignidade, em termos jurídicos, é bastante subjetivo, uma vez que é bastante difícil, senão impossível, delimitar o objetivo e o conteúdo da dignidade. Todavia, é possível afirmar que a dignidade se relaciona à essência do ser humano.

O Estado tem o dever de garantir a vida digna e sadia, o que representa a concretização do princípio da dignidade humana. Neste aspecto, o direito à vida gera para o Estado a dupla tarefa de proteger a vida com ações positivas (como segurança pública e saúde), se abster e não permitir a

intervenção de terceiros em aspectos particulares da vida do sujeito, exceto se tal ato se justificar para garantir a vida em sociedade. Este não é o caso envolvendo questões de morte digna, que em nada justifica a intervenção do Estado. Há uma esfera individual e privada que deve estar blindada e protegida, que não pode sofrer interferência do Estado ou de terceiros.

O papel do Estado e do Direito é o de proteger a escolha individual nas situações em que o paciente, informado de sua condição médica, das consequências e da existência de cuidados paliativos, resolva abreviar o tempo da sua própria vida. Se a morte é inevitável, o sujeito adulto e consciente, que esteja sofrendo de dores insuportáveis (segundo sua própria avaliação) e seja portador de doença incurável, deveria ter à disposição os meios legais para encerrar este sofrimento. Respeitar o desejo de não mais sofrer é respeitar a dignidade, direito fundamental e direito humano. É possível discutir se os direitos humanos são ou não universais. Fato é que a maioria dos países consente quanto à dignidade ser um direito universal.

Quanto ao conceito de dignidade, ainda que existam diversos deles, em todos é possível verificar que seu conteúdo é proteger as escolhas individuais, desde que não violem o direito alheio. Desta forma, o sujeito tem o direito de ter sua opinião política, religiosa, filosófica, de escolher seus valores morais, sua carreira e – por que não? – desde que esteja informado de suas condições e opções médicas e o faça de maneira consciente, voluntária e informada, decidir o que fazer com sua própria vida e o processo de morrer.

O argumento da sacralidade da vida não deve prevalecer em relação ao direito da escolha individual do sujeito em abreviar seu sofrimento, até porque, depende de conceitos e crenças não aceitos por todos e esbarra na questão religiosa, área na qual o Estado não deve interferir, exceto para garantir o direito de escolha ou evitar que o exercício deste direito cause mal a outrem ou à sociedade (ex.: não se pode pensar em direito de exercer uma religião que envolva sacrifícios humanos). O mesmo é possível afirmar a respeito da questão moral. Embora se reconheça que o tema ora tratado traga em si um dilema moral, novamente estamos diante de uma questão pessoal, que envolve crenças e valores individuais. É um radicalismo, neste

contexto, querer impor a todos a visão de uma sacralidade inviolável, independentemente da concordância individual.

O direito à morte digna é um desdobramento do direito à vida digna. Assim, deve ser respeitado o desejo do paciente não só quanto aos tratamentos aos quais deseja se submeter, mas também quanto ao momento da morte, desde que o faça de maneira livre, consciente e informada. O direito à vida não pode se transformar em um verdadeiro fardo.

A defesa pelo respeito à autonomia do paciente por meio do reconhecimento e da regulação do que podemos chamar de “direito de morrer com dignidade” em nada rechaça ou menospreza a importância da vida e do desenvolvimento dos métodos para os cuidados paliativos. É necessário deixar claro e ressaltar que se trata do reconhecimento de um direito e não de um dever – como as críticas ao reconhecimento deste direito querem, muitas vezes, fazer parecer.

Não se trata de defender a desistência de todos os esforços pelo desenvolvimento da ciência curativa e dos cuidados com pacientes terminais. Há que se pesquisar e continuar o combate contra a morte, pois este é um instrumento de manutenção e de perpetuação da espécie. Não propomos a desistência pela procura à cura de doenças, vez que é mola propulsora do prolongamento da vida saudável. O que se propõe é o reconhecimento e a resignação diante da inevitabilidade da morte. É o reconhecimento do direito individual de abreviar o sofrimento inevitável. É a resignação diante da finitude da vida e o respeito à autonomia individual em situação que não prejudica ou viola direito alheio. Deve-se reconhecer, ademais, a autonomia do ser humano para decidir a respeito de questões que se referem à sua integridade e dignidade.

O contrário a esta ideia é obrigar o sujeito a submeter-se a dores e procedimentos que não o levarão à cura ou ao bem-estar, mas somente a mais sofrimento. E isto não pode ser visto como algo digno. Há um direito à vida e não uma obrigação jurídica de submeter-se a ela. Deve-se respeitar a vontade, externada de forma livre e consciente, após o paciente ter sido informado a respeito de sua situação médica, daquele que se encontra em

estado terminal, vegetativo ou portador de doença incurável que esteja trazendo para si um sofrimento insuportável.

A legislação mundial tem avançado no sentido de reconhecer como concretização da dignidade humana o direito à morte digna ou morte assistida. Muitos países já reconhecem e garantem este direito. Os casos trazidos neste estudo, o de Terri Schiavo e Aruna Shanbaug são emblemáticos para o estágio atual da discussão e muito relevantes para o reconhecimento deste direito.

A legislação brasileira e sua jurisprudência ainda não reconhecem satisfatoriamente a dignidade humana e a autonomia individual. Qualquer pessoa que auxiliar outrem a abreviar seu tempo de vida, ainda que esta vida seja dolorosa e insuportável, comete um crime (homicídio ou auxílio, induzimento ou instigação ao suicídio), conforme o caso. Destaque-se, no entanto, que a existência e o reconhecimento do valor jurídico das diretrizes antecipadas de vontade é um marco no sentido de valorizar a autonomia e a dignidade. Ainda há muito que se avançar em relação ao tema. No entanto, é possível afirmar que as diretrizes antecipadas são instrumento hábil para garantir o respeito à vontade do sujeito quanto aos procedimentos médicos aos quais deseja ou não se submeter e que poderiam, desde que reconhecido o direito à morte digna e assistida, garantir também este direito.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA JÚNIOR, Antonio Ferreira de; COSTA JÚNIOR, João Batista de Oliveira e. **Lições de medicina legal**. São Paulo: Nacional, 1978.

ALVES, Gabriel. Indianos tentam reverter morte cerebral. **Folha de S. Paulo**. Publicado em: 18/07/2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2016/07/1792720-indianos-tentam-reverter-morte-cerebral.shtml>> Acesso em: 18 jul. 2016.

ARGENTINA. **Ley 26.742/2012** – SALUD PUBLICA – Modifícase la Ley n. 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. Disponível em: <<http://www.adelaprat.com>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

ARIÈS, Philippe. **Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média**. Tradução de Luiza Ribeiro. São Paulo: Unesp, 2014.

BACON, Francis. **Historia vitae et mortis**. Rio de Janeiro: Vozes, 1963.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. Vida humana e ciência: complexidade do estatuto epistemológico e do biodireito, normas internacionais da bioética. **Revista de Direito Constitucional e Internacional** v.14, n.56, São Paulo: RT, jul.-set., 2006.

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. A dignidade no processo de morrer. In: (Orgs.) BARCHIFONTAINE, Christian de Paul; PESSINI, Léo. **Bioética** – alguns desafios. São Paulo: Loyola, 2001.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo**. São Paulo: Saraiva, 2015.

\_\_\_\_\_. **Legitimidade da recusa de transfusão de sangue por testemunhas de jeová**. Dignidade humana, liberdade religiosa e escolhas existenciais. Disponível em: <[www.conjur.com.br/dl/testemunhas-jeova-sangue.pdf](http://www.conjur.com.br/dl/testemunhas-jeova-sangue.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2017.

\_\_\_\_\_; MARTEL, Letícia de Campos Velho. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida**. São Paulo: Saraiva, 2012.

BATTIN, Margaret Pabst. **The ethics of suicide: historical sources**. Oxford University Press, 2015.

BAUDOIN, Jean-Louis; BLONDEAU, Danielle. **Ethique de la mort et droit à la mort**. Paris: Presses Universitaires de France, 1993.

BBC. **Briga familiar reacende debate sobre eutanásia na França.** Disponível em:  
<[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/01/140117\\_eutanasia\\_franca\\_pai\\_df.shtml](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/01/140117_eutanasia_franca_pai_df.shtml)>. Acesso em: 19 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Pais lutam na justiça para manter vivo bebê de seis meses com doença incurável. 03/03/2017. Disponível em:  
<<http://www.bbc.com/portuguese/internacional-39160708>>. Acesso em: 06 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Suicídio assistido: que países permitem ajuda para morrer?**  
Disponível em:  
<[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150911\\_suicidio\\_assistido\\_rb](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150911_suicidio_assistido_rb)>. Acesso em: 19 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. **Suicídio reacende debate sobre eutanásia na França.** Disponível em:  
<[http://www.bbc.com/portuguese/reporterbbc/story/2008/03/080320\\_eutanasiaranca.shtml](http://www.bbc.com/portuguese/reporterbbc/story/2008/03/080320_eutanasiaranca.shtml)>. Acesso em: 19 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. **Suíços rejeitam limitar 'turismo do suicídio'.** Disponível em:  
<[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/05/110515\\_zurique\\_referendo\\_suicidio\\_rw.shtml](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2011/05/110515_zurique_referendo_suicidio_rw.shtml)>. Acesso em: 26 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Suicídio assistido: que países permitem ajuda para morrer?**  
Disponível em:  
<[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150911\\_suicidio\\_assistido\\_rb](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150911_suicidio_assistido_rb)>. Acesso em: 19 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. **Woman granted 'right to die'.** Disponível em:  
<[http://news.bbc.co.uk/onthisday/hi/dates/stories/march/22/newsid\\_2543000/2543739.stm](http://news.bbc.co.uk/onthisday/hi/dates/stories/march/22/newsid_2543000/2543739.stm)>. Acesso em: 05 maio 2017.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios da ética biomédica.** Tradução de Luciana Pudenz. São Paulo: Loyola, 2002.

BENITO, Emilio de. **Fico indignado de ter de morrer clandestinamente: o caminho de um doente terminal até a morte digna.** Disponível em:  
<[http://brasil.elpais.com/brasil/2017/04/05/ciencia/1491414684\\_118351.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2017/04/05/ciencia/1491414684_118351.html)>  
Acesso em: 23 jun. 2017.

BIRNBACHER, Dieter; DAHL, Edgar (Coords.) **Giving death a helping hand. physician-assisted suicide and public policy – an international perspective.** Germany: Springer, 2008.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal – parte especial 2: crimes contra a pessoa.** 17.ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

BITTAR, Eduardo C. B. **Metodologia da pesquisa jurídica**. São Paulo: Saraiva, 2017.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelso Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

\_\_\_\_\_. **O futuro da democracia**. Uma defesa das regras do jogo. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Direito de morrer dignamente. In: (Org.) SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. **Biodireito: ciência da vida, novos desafios**. São Paulo: RT, 2001.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n.1938/2010**. Código de Ética Médica. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.1995/2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.1.480/87**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.1.938/2010**. Código de Ética Médica. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.226/2011**. Regulamenta a adoção de princípios para a proteção de pessoas portadoras de transtornos mentais, passíveis de serem submetidas a psicocirurgias. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Como responder a dilemas éticos relacionados à sobrevida de pacientes terminais?** Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul**. Apelação Cível n.70054988266, Primeira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Rel. Irineu Mariani, j. 20-11-2013. Disponível em: <<http://www1.tjrs.jus.br/>>. Acesso em: 01 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal (1988)**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) >. Acesso em: 30 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 9.434/97.** Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei Estadual Paulista n.10.241/99.** Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. **Senado Federal.** Projeto de Lei n.236/2012. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br>>. Acesso em: 01 maio 2016.

\_\_\_\_\_. **Supremo Tribunal Federal.** Ação Direta de Inconstitucionalidade 3.510, j. 2008 e Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.54, respectivamente. Disponível em: <[www.stf.jus.br](http://www.stf.jus.br)>. Acesso em: 13 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Supremo Tribunal Federal.** Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.54, j.12-04-2012. Voto do Ministro Marco Aurélio de Mello. Disponível em: <[www.stf.jus.br](http://www.stf.jus.br)>. Acesso em: 13 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Tribunal de Justiça de Minas Gerais.** Apelação Cível 10248130003101001 MG, Rel. Renato Dresch, j.17 dez. 2015. Disponível em: <<https://tj-mg.jusbrasil.com.br>>. Acesso em: 13 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Tribunal de Justiça de São Paulo.** Apelação Cível n.0003009-12.2010.8.26.0004, Rel. Des. Moreira Viegas, j.12-06-2013. Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/>>. Acesso em: 11 out. 2017.

BRUNHARI, Marcos Vinícius. Da angústia ao suicídio. **Revista Mal-Estar e Subjetividade** v.I, IX, n.3, p.785-814. Fortaleza, 2009.

BUZANELO, José Carlos. Objeção de consciência: uma questão constitucional. **Revista de Informação Legislativa**, v.38, n.152, out.-dez., 2001.

CABETE, Eduardo Luiz Santos. **Eutanásia e ortotanásia** – comentários sobre a Resolução n.1805/2006 – aspectos éticos e jurídicos. Curitiba: Juruá, 2009.

CABRÉ PERICAS, Luis. Problemas al final de la vida em la medicina altamente tecnificada. In: (Orgs.) LOCH, Jussara de Azambuja; GAUER, Gabriel José Chittó; CASADO, Maria. **Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica**. Rio Grande do Sul: PUCRS, 2008.

CANASTRA, Cilena do Céu Castro. **A morte**: uma abordagem multidisciplinar. Dissertação de Mestrado em Bioética Teológica. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Teologia do Porto, 2007.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito constitucional e teoria da Constituição**. Lisboa: Almedina, 2003.

CAPSULA MUNDI. Disponível em: <<http://www.capsulamundi.it/>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

CASSORLA, Roosevelt Moisés Smecke. Considerações sobre o suicídio. In: (Org.) CASSORLA, Roosevelt Moisés Smecke. **Do suicídio**: estudos brasileiros. Campinas: Papiros, 1991.

CHOLBI, Michael. **Suicide**. Stanford Encyclopedia of Philosophy. Disponível em: <<http://plato.stanford.edu/entries/suicide/>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

COLÔMBIA. **Corte Constitucional**. Sentencia T-970/14. Disponível em: <<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.1.216/2015**. Disponível em: <<http://www.dmd.org.co>> Acesso em: 10 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Sentencia C-239/97**. Voto de Vladimiro Naranjo Mesa. Disponível em: <<http://web.minjusticis.gov.co/jusrisprudencia>>. Acesso em: 20 out. 2017.

COMISSÃO Europeia de Direitos Humanos. Decisão CCPR/C/80/D/1024/2001, julgamento realizado em 2004. Disponível em: <<http://docstore.ohchr.org/>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

COMPARATO, Fábio Konder. **Cultura dos direitos humanos**. São Paulo: LTr., 2011.

\_\_\_\_\_. **Afirmção histórica dos direitos humanos**. 10.ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CONSELHO DA EUROPA. **Convenção de Oviedo**. Disponível em: <[www.gddc.pt/siii/docs/oviedo.pdf](http://www.gddc.pt/siii/docs/oviedo.pdf)> Acesso em: 06 mar. 2017.

CORREIO DA MANHÃ. Edição 19334. Publicado em: 08 abr. 1956, 6º caderno. Disponível em: <<http://memoria.bn.br>>. Acesso em: 30 out. 2015.

CORTE Europeia de Direitos Humanos (ECHR), **Case 185 (2015)**, j. 05-06-2015. Disponível em: <[www.hudoc.echr.coe.int](http://www.hudoc.echr.coe.int)>. Acesso em: 10 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Case of Pretty v. The United Kingdom**. Disponível em: <<http://hudoc.echr.coe>>. Acesso em: 05 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Caso Gross v. Switzerland** (Application n.67.810/10). Disponível em: <<http://hudoc.echr.coe.int>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Caso Lambert and Others v. France** [GC] 46.043/14. Disponível em: <<http://www.echr.coe.int>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

CREMASCO, Maria Virgínia F; BRUNHARI, Marcos Vinícius. Da angústia ao suicídio. **Revista Mal-Estar e Subjetividade** v.IX, n.3, Fortaleza, 2009.

CREMATÓRIO VATICANO. Disponível em: <<http://www.crematoriovaticano.com.br>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

CRUZ, Maria Luiza Monteiro da; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. **Revista Bioética, Brasília**, v.21, n.3, p.405-411, dez., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 maio 2017.

CURIA VATICANA  
Disponível em: <[http://www.vatican.va/roman\\_curia/](http://www.vatican.va/roman_curia/)>. Acesso em: 11 dez. 2015.

CYPEL, S.; DIAMENT, A. **Neurologia Infantil**. 3.ed. São Paulo: Atheneus, 1996.

DADALTO, Luciana; TUPINAMBÁS, Unai; GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretrizes antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**, 2013.

DALANEZE, Aline Skawinski; BONINI, Luci Mendes de Melo; MELO, Tatiana Ribeiro de Campos; TAMADA, Jacqueline Kaori Tozaki. Relatos de médicos sobre a experiência do processo de morrer e a morte de seus pacientes. **Revista Médica**, São Paulo, 2017.

DALL' AGNOL, Darlei. **Bioética**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

DEL VECCHIO, Giuseppe. **Morte benefica (l'eutanásia) sotto gli aspetti etico, religioso, sociale e giuridico**. Turim: Bocca, 1928.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 9.ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

DURKHEIM, Émile. Relações do suicídio com os outros fenômenos sociais. In: **O suicídio – estudo sociológico**. 7.ed. Lisboa: Editorial Presença, 2001.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais**. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

\_\_\_\_\_. **Religion without God**. Cambridge: Harvard University Press, 2013

\_\_\_\_\_. **O Império do Direito**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ESPAÑA. Lei 41/2002, de 14/11/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

ESSLINGER, Ingrid. De quem é a vida, afinal? Cuidando dos cuidadores (profissionais e familiares) e do paciente no contexto hospitalar. In: (Coord.) KOVÁCS, Maria Julia. **Morte e existência humana: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

EUA. **National Commission for the protection of humans subjects of biomedical and behavioral research**. Belmont report – ethical principles and guidelines for the protection of humans subjects of biomedical and behavioral research, DWE Publication, 78-0012, Washington DC: US Government Printing Office, 1978.

\_\_\_\_\_. Supreme Court. **Terry Schiavo case**.

Disponível em: <<https://www.supremecourt.gov>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Patient self determination act of 1990 (introduced in house)**.

Disponível em: <<https://www.congress.gov>>. Acesso em: 15 out. 2017.

FERRAZ Jr., Tercio Sampaio (Org.) **Filosofia, sociedade e direitos humanos: ciclo de palestras em homenagem ao professor Goffredo Telles Jr.** São Paulo: Manole, 2012.

FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para fundamentar a bioética – teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. Tradução de Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola, 2005.

FOX NEWS. **Overdose killed woman denied euthanasia**. Publicado em: 27/03/2008. Disponível em: <<http://Euthanasiahttp://www.foxnews.com>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Fundamentos de medicina legal**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2012.

\_\_\_\_\_; FIGUEIREDO, Antonio Macedo. Bioética: uma crítica ao principialismo. **Revista Derecho y Cambio Social**, n.17, maio 2009. Disponível em: <<http://www.derechoycambiosocial.com>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

FREUD, Sigmund. **Nossa atitude para com a morte**. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

\_\_\_\_\_. **Além do princípio do prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

\_\_\_\_\_. **Escritos sobre a guerra e a morte**. Tradução de Arthur Morão. Lisboa: Universidade da Beira Interior, 2009.

\_\_\_\_\_. **Totem e tabu e outros trabalhos** (1913-1914). Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FRIEDRICH, Carl Joachim. **Gobierno constitucional y democracia**. v.I. Madri: Institutos de Estudios Políticos, 1975.

GARCIA, Maria. **Limites da ciência: a dignidade da pessoa humana – a ética da responsabilidade**. São Paulo: RT, 2004.

\_\_\_\_\_. **Biodireito constitucional**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

GAWANDE Atul. LetIng go: what should medicine do when it can't save your life? **The New Yorker**, 2010. Disponível em: <<http://www.newyorker.com/>>. Acesso em: 14 out. 2017.

GIANOTTI, Edoardo. **A tutela constitucional da intimidade**. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

GLOBO NEWS. **Mulher com morte cerebral volta a dar sinais de vida**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

GÓES, Paulo de. **O problema do suicídio em Santo Agostinho à luz de De Civ. Dei, I**. Tese de Doutorado em Filosofia. Universidade Estadual de Campinas, 228 f. 2004. Campinas, p.185. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

GOGLIANO, Daisy. Pacientes terminais – morte encefálica. **Revista Bioética** v.I n.2, Conselho Federal de Medicina, 1993.

GOLDIM, José Roberto. **Problemas de fim de vida: paciente terminal, morte e morrer**. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/morteres.htm>>. Acesso em: 10 maio 2015.

GUERRA FILHO, Willis Santiago. **Processo constitucional e direitos fundamentais**. São Paulo: Celso Bastos, 1999.

GUIMARÃES, Maria Celina Pinheiro. O Estatuto renovado da passagem ao ato. Rio de Janeiro, **Ágora**, v.XII n. 2, jul.-dez., 2009.

GUTMAN, Amy; THOMPSON, Dennis. **Democracy and disagreement**. Harvard University Press, 1998.

HARE, R M. **Ética**: problemas e propostas. Tradução de Mário Mascherpe e Cleide Antônia Rapucci. São Paulo: Unesp, 2004.

HARVARD University, A definition of irreversible coma report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. **JAMA**, August 1968, v.205, n.6. Disponível em: <<http://www.colorado.edu/>> Acesso em: 13 nov. 2015.

HUME, David. **Of suicide**. Disponível em: <<http://www.davidhume.org/texts/suis.html>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Two essays. **Of suicide and of the immortality of the soul**. Londres (1777, 1755), p.585. Disponível em: <<http://www.davidhume.org>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

HUSEK, Carlos Roberto. **Curso de direito internacional público**. São Paulo: LTr., 2017.

IGREJA CATÓLICA. **Declaração sobre a eutanásia** – Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé. Vaticano, 1980. Disponível em: <[http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_po.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_po.html)>. Acesso em: 30 abr. 2015.

INDIA. **Supreme Court**. Aruna Ramchandra Shanbaug v. Union Of India. Disponível em: <<http://supremecourtindia.nic.in/judgments>>. Acesso em: 01 maio 2017.

ITALIA. **Corte di Cassazione. Cass. civ., sez. I**, sent. 16 ottobre 2007, n.21748 – Caso Englaro. Disponível em: <<http://www.biodiritto.org>>. Acesso em: 30 abr. 017.

JARH, Fritz. Bio-ethics: a review of the ethical relationships of humans to animals and plants. In: MUZUR, Amir; SASS, Hans Martin. **Fritz Jahr and the foundations of global bioethics**. Berlim: Lit, 2012.

JIMENEZ DE ASÚA, Luis. **Liberdade de amar e direito de morrer ensaios de um criminalista sobre eugenesia, eutanásia e endocrinologia**. Tradução de Benjamin Couto. Lisboa: Lisboa Clássica, 1929.

JOÃO PAULO II, Papa (1978-2005). **Encíclica *Evangelium Vitae***. Disponível em: <<http://w2.vatican.va>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. **No respeito dos direitos humanos o segredo da verdadeira paz**. Mensagem para o Dia Mundial da Paz, 1º jan. 1999. Disponível em: <<https://w2.vatican.va>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

JUNGES, José Roque. **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo: Unisinos, 1999.

KAGAN, Shelley. **Death** (The Open Yale Courses Series). Kindle, 2012.

KANT, Immanuel. **Metafísica dos costumes**. Tradução de Clélia Aparecida Martins. Tradução da segunda parte de Bruno Nadai, Diego Kosbiau e Monique Hulshof. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

KOVÁCS, Maria Julia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

\_\_\_\_\_. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, 94-104, 2014.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm a ensinar para médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LEIS a respeito do suicídio assistido no mundo. Disponível em: <[http://www.assistedsuicide.org/suicide\\_laws.html](http://www.assistedsuicide.org/suicide_laws.html)> Acesso em: 19 fev. 2016.

LEME LEG, Papaléo Netto M. A gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão história em gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996 apud JALUUL, Omar. **Análise da dosagem sérica de elementos traço e sua correlação com aspectos clínicos de uma população de idosos saudáveis**. Tese de Doutorado em Ciências. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LIMA, Clarisse Laupman Ferraz. **Liberdade religiosa e segurança internacional**: desafios e perspectivas. Tese de Doutorado em Direito. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

LINE, David. Quality of death index. **The Economist** 2015. Disponível em: <<https://www.eiuperspectives.economist.com>> Acesso em: 18 jun. 2017.

LOPES, Othon de Azevedo. A dignidade da pessoa humana como princípio jurídico fundamental. In: SILVA, Alexandre Vitorino et. al. **Estudos de direito público**: direitos fundamentais e Estado Democrático de Direito. Porto Alegre: Síntese, 2003.

MAGALHÃES, Leslei Lester dos Anjos. **O princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à vida**. São Paulo: Saraiva, 2012.

MARCÃO, Renato. Eutanásia e ortotanásia no anteprojeto do Código Penal brasileiro. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, n.6, 16 maio 2005.

- MATON, Fábio. Cientistas vão tentar reverter morte. **Revista Superinteressante**, maio 2016. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/ciencia/cientistas-vaio-tentar-reverter-a-morte>>. Acesso em: 20 jul. 2016.
- MARREIRO, Cecília Lôbo. **O direito à morte digna** – uma análise ética e legal da ortotanásia. Curitiba: Appris, 2014.
- MAYO, Jonathan. **Titanic minuto a minuto**. São Paulo: Vestígio, 2017.
- MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Curso de direitos humanos**. São Paulo: Método, 2017.
- MEDICAL DAILY. **O direito de morrer**: mãe no Reino Unido ganha direito de encerrar a vida da filha de 12 anos. Reportagem de John Fischer. Disponível em: <<http://www.medicaldaily.com/right-die-uk-mother-wins-right-end-12-year-old-daughters-life-landmark-decision-309414>>. Acesso em: 08 maio 2017.
- MIRABETE, Julio Fabbrini; FABBRINI, Renato N. **Manual de direito penal: parte especial**. v.2. 25.ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- MIRANDA, Darcy Arruda. O crime de induzimento ao suicídio. **Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, n.1, jan.-jul. 1966, p.47. Disponível em: <[djur.stj.jus.br/jspui/bitstream](http://djur.stj.jus.br/jspui/bitstream)>. Acesso em: 29 abr. 2016.
- MODELO norte-americano de diretiva antecipada da vontade. Durable power of attorney regarding health care. Arquivo pessoal, 2017.
- MONTEIRO, Maria Luiza da Cruz. A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. **Revista Bioética**. Trabalho produzido na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil, 2013.
- MORAES, Edvaldo Leal. **A recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante**. Dissertação de mestrado. Administração em Serviços de Enfermagem. Defesa em 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis>> .Acesso em: 30 maio 2017.
- MORIN, Edgard. **EL hombre e la muerte**. Barcelona: Kairós, 1974.
- MORSELLI, Enrico. **L'uccisione Pietosa**. L'eutanasia. Narcisus, 2015.
- MURAKAMI, Beatriz Murata. **Elaboração de instrumento para identificação de sentimentos, crenças e atitudes de enfermeiros com relação à eutanásia**. Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem. Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), 2016.

NEVES, Maria do Céu. **Comissões de ética das bases teóricas à actividade quotidiana**. Relações entre os profissionais de saúde e o paciente. Açores: Centro de Estudos de Bioética, 1996.

NORBERT, Elias. **A solidão dos moribundos**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

NUNES, Rui. **Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais**. Disponível em: <<http://revistabioetica.cfm.org.br>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

O que é chamado de suicídio assistido?

Disponível em: <<http://www.assistedsuicide.org/what-do-you-call-an-assisted-death.html>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

O'NEALL O. **Autonomy and trust in bioethics**. Cambridge: Cambridge, 2002. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**, 2005. Disponível em: <[unesdoc.unesco.org](http://unesdoc.unesco.org)>. Acesso em: 10 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Preventing suicide: a global imperative. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 08 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Organização Mundial da Saúde**. Palliative care. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 05 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Pacto dos direitos sociais e políticos**. Ratificado pelo Brasil por meio do Decreto n.592/1992. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. **Unesco**. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Disponível em: <[unesdoc.unesco.org](http://unesdoc.unesco.org)> Acesso em: 10 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova York: [s.n.], 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

OTERO, Paulo. A crise do 'Estado de direitos fundamentais'. In: **Lições de direitos fundamentais em homenagem ao jurista Celso Bastos**. São Paulo: Saraiva, 2005.

PALACIOS, Marcelo. **Soy mi dignidade** – eutanasia y suicídio asistido. Espanha: LibrosEnRed, 2009.

PESSINI, Léo. **As origens da bioética**: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **As UTIs**: o que são, uso e abuso no Brasil! (parte I), 2015. Disponível em: <<http://www.a12.com/artigos/detalhes/as-utis-o-que-sao-uso-e-abuso-no-brasil-i>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 2012.

\_\_\_\_\_. **Eutanásia** – por que abreviar a vida? São Paulo: Loyola, 2004.

\_\_\_\_\_. Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. **Revista Bioética**, 2010.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 2.ed. São Paulo: Max Limonad, 2003.

PITTELLI SD; OLIVEIRA RA. Eutanásia e sua relação com casos terminais, doenças incuráveis, estados neurovegetativos, estados sequelares graves ou de sofrimento intenso e irreversível e morte encefálica. **Saúde, Ética & Justiça**. 2009.

PORTUGAL. Lei n. 25/2012. **Regime das diretrizes antecipadas de vontade (DAV)** – testamento vital. Disponível em: <[ww.pgdlisboa.pt/leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis)>. Acesso em: 14 out. 2017.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioethics, a science of survival, prentice hall Inc.**, Englewood Cliffs, New Jersey, 1971.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de direito penal brasileiro: parte especial**. 2.ed. São Paulo, 2002.

PUENTE, Fernando Rei (Org.) **Os filósofos e o suicídio**. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

REALE, Miguel. **Teoria tridimensional do direito**. 5.ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

\_\_\_\_\_. **Lições preliminares de direito**. 25.ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

REINO UNIDO. **House of Lords Judgments** – The Queen on the Application of Mrs Dianne Pretty (Appellant) v. Director of Public Prosecutions (Respondent) and Secretary of State for the Home Department (Interested Party). Disponível em: <<https://www.publications.parliament.uk/>>. Acesso em: 08 maio 2017.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1749-1754, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

RIBEIRO, Nuno. **Amiga de Ramón Sampedro contou como o ajudou a morrer, agora que o delito prescreveu**. Madri: Publico. Publicado em: 12 jan. 2005. Disponível em: <<https://www.publico.pt>> Acesso em: 30 abr.2017.

RODRIGUES, Carlos Frederico Almeida; STYCHNICKI, Adriano Seikiti; BOCCALON, Bernardo; CEZAR, Guilherme da Silva. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de “morte cerebral” como critério de morte. **Revista Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, 2013.

RODRIGUES JUNIOR, Otávio Luiz. Testamento vital e seu perfil normativo: parte 2. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 2013. Disponível em:<<http://www.conjur.com.br>>. Acesso em: 14 out. 2017.

ROXIN, Claus. **A tutela penal da vida humana**. Tradução de Luis Greco. São Paulo: Damásio de Jesus, 2005.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito de morrer**: eutanásia, suicídio assistido. 2.ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

SAMPEDRO, Ramon. **Cartas do inferno**. Tradução de Magda Bigotte de Figueiredo. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 2005.

SANBURN, Josh. New American way of death. **Times Journal**. Publicado em: 24 jun. 2013 Disponível em: <<http://time.com/645/the-new-american-way-of-death/>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna – o direito do paciente terminal**. Curitiba: Juruá, 2010.

SANTOS, Gilfrancisco. **O suicídio do escritor Mishima**. Disponível em: <[http://www.revistazunai.com/ensaios/gianfrancisco\\_mishima.htm](http://www.revistazunai.com/ensaios/gianfrancisco_mishima.htm)>. Acesso em: 08 maio 2017.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

\_\_\_\_\_. **Eficácia dos direitos fundamentais**. 11.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

\_\_\_\_\_; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2015.

SARMENTO, Daniel. O crucifixo nos Tribunais e a laicidade do Estado. In: **Revista de Direito do Estado**, ano 2, n.8, p.75-90, out.-dez., 2007.

SCHWARTZ, Germano. Direito à saúde: abordagem sistêmica, risco e democracia. **Revista de Direito Sanitário**, v.2, mar. 2001.

SEVILLANO, Elena. Número de doentes que vão à Suíça para se suicidar dobra em quatro anos. **El País**. Madri. Disponível em: <<http://brasil.elpais.com>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

SILVA, Y.B. Paciente fora de possibilidades terapêuticas oncológicas. In: AYOUD, A.C. et al. **Planejando o cuidar em enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000.

SIMONI, Miguel de; SANTOS, Mônica Loureiro dos. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. **Psicologia USP**, São Paulo, v.14, n.2, p.169-194, 2003.

SINGER, Peter. **Ética prática**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; WESTON, W. Wayne; Mc WHINNEY, Ian R.; McWILLIAM, Carol L.; FREEMAN, Thomas R.; **Medicina centrada na pessoa** – transformando o método clínico. Tradução de Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SUPERIOR Tribunal de Justiça. **BDJur**. Conteúdo jurídico das coleções Administrativos, Doutrina e Repositório Institucional. Disponível em: <<http://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/61641>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

TEIXEIRA, Napoleão L. Suicidas históricos. **Revista de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais**. Minas Gerais. Disponível em: <<http://ww.direito.ufmg.br>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Eficácia dos direitos fundamentais**. 11.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

TERRA. **Jovem reage após morte cerebral diagnosticada por 4 médicos**. abr. 2012. Disponível em: <<https://noticias.terra.com.br>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

THE Belmont report: ethical guidelines for the protection of human subjects. Washington: DHEW Publications, 1978.

THE conversation project. Disponível em: <<http://theconversationproject.org/>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

THE ECONOMIST. **A better way**. A better way to care for the dying. Disponível em: <<http://www.economist.com/>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **The right to die.** Doctor-assisted dying. Publicado em: 27 jun. 2015. Disponível em: <<http://www.economist.com/>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Ranking care for the dying:** quality of death. Disponível em: <[www.economist.com/node/16585127](http://www.economist.com/node/16585127)>. Acesso em: 02 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **The 2015 quality of death.** Index ranking palliative care across the world. Disponível em: <[www.eiuperspectives.economist.com](http://www.eiuperspectives.economist.com)>. Acesso em: 15 fev.2017.

THE GUARDIAN. **Euthanasia and assisted suicide laws around the world.** Disponível em: <<http://www.theguardian.com/>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

TUTTLE, Kase. **Germany lawmakers approve assisted suicide Bill.** Publicado em: 06 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.jurist.org/>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

UNIVERSITÀ DI PAVIA. **European center for law, science and new technologies.** La lunga vicenda giurisprudenziale del caso Englaro. Disponível em: <<https://www.unipv-lawtech.eu/>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

UNIVERSITY OF MIAMI. **Schiavo case resources key events in the case of Theresa Marie Schiavo.** Disponível em: <<http://www.miami.edu/>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

UOL. **Almanaque Folha.** O suicídio de um Prêmio Nobel. São Paulo. Publicado em: 17 abr. 1972. Disponível em: <[http://almanaque.folha.uol.com.br/ilustrada\\_17abr1972.htm](http://almanaque.folha.uol.com.br/ilustrada_17abr1972.htm)>. Acesso em: 08 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **É um erro o CFM liberar morte cerebral sem neurologista, diz entidade.** Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Garoto que teve diagnóstico de morte cerebral está acordado há 4 anos.** abr. 2012. Disponível em: <<http://noticias.bol.uol.com.br>> Acesso em: 20 jul. 2016.

URUGUAI. **Codigo Penal.** Disponível em: <<http://www.parlamento.gub.uy>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

VELLEMAN, J. David. Against the right to die. **The Journal of Medicine and Philosophy** 17, Kluwer Academic Publishers, 1992.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito.** São Paulo: Jurídica Brasileira, 1999.

WESTERMARCK, Edvard Alexander apud FREUD, Sigmund. **Totem e tabu e outros trabalhos** (1913-1914). Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

WICCLAIR, Mark R. **Conscientious objection in health care: an ethical analysis**. Cambridge University Press, 2011.

ZUSAK, Markus. **A menina que roubava livros**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2011.

## **REFERÊNCIAS NORMATIVAS (Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT)**

ABNT NBR 6027: 2012 – Informação e documentação – Informação e documentação – Sumário – Apresentação

ABNT NBR 14724: 2011 – Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação

ABNT NBR 15287: 2011 – Informação e documentação – Projetos de pesquisa – Apresentação

ABNT NBR 6034: 2005 – Informação e documentação – Índice – Apresentação

ABNT NBR 12225: 2004 – Informação e documentação – Lombada – Apresentação

ABNT NBR 6024: 2003 – Informação e documentação – Numeração progressiva das seções de um documento escrito – Apresentação

ABNT NBR 6028: 2003 – Informação e documentação – Resumo – Apresentação

ABNT NBR 10520: 2002 – Informação e documentação – Citações em documentos – Apresentação

ABNT NBR 6023: 2002 – Informação e documentação – Referências – Elaboração

Anexo

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), \_\_\_\_\_ (nacionalidade), \_\_\_\_\_ (estado civil), \_\_\_\_\_ (data de nascimento), \_\_\_\_\_ (profissão), \_\_\_\_\_ (CPF), \_\_\_\_\_ (endereço completo), venho, de livre e espontânea vontade, no pleno gozo das minhas capacidades civis, respaldado pelos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III) e da autonomia (princípio implícito no art. 5º), bem como a proibição de tratamento desumano (art. 5º III), e pelo art. 15 do Código Civil brasileiro, expressar as instruções que devem ser levadas em consideração sobre meus cuidados médicos quando, por diferentes circunstâncias derivadas de um quadro irreversível de minha saúde física e/ou psíquica, eu não possa manifestar minha vontade:

I – VALORES E DESEJOS

Eu quero que todos saibam sobre meus valores e meus desejos, especialmente sobre o que é mais importante para mim durante a última parte da minha vida:

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

II.2 Caso dois médicos entendam que padeço de uma demência em estado avançado e irreversível ou de uma enfermidade degenerativa do sistema nervoso ou muscular, em fase avançada e irreversível, nas quais eu não esteja mais vivendo com qualidade, entendido aqui qualidade de vida como \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

II – DECISÕES SOBRE O FIM DA VIDA

II.1 Caso dois médicos entendam que padeço de uma doença terminal, incurável e irreversível, e que, portanto, não tenho nenhuma perspectiva de cura ou de melhora, manifesto aqui os procedimentos e medicamentos aos quais não desejo que sejam administrados ou realizados:

- a) Ressuscitação cardiopulmonar, entendida como a abstenção da equipe de saúde em me reanimar caso meu coração pare de bater e eu pare de respirar;
b) Respiração artificial;
c) Grandes procedimentos cirúrgicos;
d) Diálise;
e) Quimioterapia;
f) Radioterapia;
g) Pequenas cirurgias que não servirão para me dar conforto ou aliviar minha dor;
h) Exames invasivos;
i) Antibióticos;
j) Nutrição e hidratação artificiais, pois reconheço que a Medicina já comprovou que em graus avançados de doenças terminais o paciente não sente fome nem sede e, mais, muitas vezes estes procedimentos podem trazer mais desconforto;
k) Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ manifesto aqui os procedimentos e medicamentos aos quais não desejo que sejam administrados ou realizados:

- a) Ressuscitação cardiopulmonar, entendida como a abstenção da equipe de saúde em me reanimar caso meu coração pare de bater e eu pare de respirar;
b) Respiração artificial;
c) Grandes procedimentos cirúrgicos;
d) Diálise;
e) Quimioterapia;
f) Radioterapia;
g) Pequenas cirurgias que não servirão para me dar conforto ou aliviar minha dor;
h) Exames invasivos;
i) Antibióticos;
j) Nutrição e hidratação artificiais, pois reconheço que a Medicina já comprovou que em graus avançados de demências irreversíveis o paciente não sente fome nem sede e, mais, muitas vezes estes procedimentos podem trazer mais desconforto;
k) Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

II.3 Caso dois médicos diagnostiquem que estou em estado vegetativo persistente, condição que a Medicina tem uma grande certeza de irreversibilidade, manifesto

Artigos de pesquisa

aqui os procedimentos e medicamentos aos quais não desejo que sejam administrados ou realizados:

- a) Ressuscitação cardiopulmonar, entendida como a abstenção da equipe de saúde em me reanimar caso meu coração pare de bater e eu pare de respirar;
- b) Respiração artificial;
- c) Grandes procedimentos cirúrgicos;
- d) Diálise;
- e) Quimioterapia;
- f) Radioterapia;
- g) Pequenas cirurgias que não servirão para me dar conforto ou aliviar minha dor;
- h) Exames invasivos;
- i) Antibióticos;
- j) Nutrição e hidratação artificiais, mesmo sabendo que no estado vegetativo persistente a não admissão de nutrição e hidratação provocará a minha morte;
- k) Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III – PROCURADOR PARA CUIDADOS DE SAÚDE NO FIM DA VIDA**

III.1 Caso, no momento em que for constatada alguma das três situações clínicas acima expressadas, seja necessário decidir acerca de situações não expressadas por mim em minhas decisões sobre o fim da vida, nomeio:

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço completo: \_\_\_\_\_  
Telefones de contato: \_\_\_\_\_

Opcional: Se esta pessoa, no momento em que for procurada, não for localizada ou estiver incapacitada de tomar decisões, eu designo um procurador substituto, que terá os mesmos poderes do procurador principal:

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço completo: \_\_\_\_\_  
Telefones de contato: \_\_\_\_\_

Opcional: Se esta pessoa, no momento em que for procurada, também não for localizada ou estiver incapacitada de tomar decisões, eu designo outro procurador substituto, que terá os mesmos poderes do procurador principal e do primeiro substituto:

Nome: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço completo: \_\_\_\_\_  
Telefones de contato: \_\_\_\_\_

II.2 Meus procuradores não podem revogar minha vontade aqui manifestada. Devem apenas sanar dúvidas que porventura existirem e tomar qualquer decisão relativa à suspensão de esforço terapêutico, não explicitadas neste documento, exceto as seguintes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IV – OUTRAS DISPOSIÇÕES**

IV.1 Manifesto expressamente meu desejo de que sejam realizados todos e quaisquer procedimentos cuja finalidade seja, exclusivamente, prover meu conforto e amenizar minha dor e/ou angústia, garantindo um final digno de vida, mesmo quando tais procedimentos possam prolongar minha vida.

IV.2 Não desejo a realização de nenhum procedimento para tirar minha vida, desejo apenas que ela não seja desarrazoadamente prolongada.

IV.3 Se eu estiver grávida, essa diretiva antecipada ficará suspensa até o final da gravidez.

IV.4 Tenho plena consciência que este documento vincula meus familiares, meus amigos e a equipe de saúde, que devem seguir todas as disposições aqui inscritas.

IV.5 Desejo que, diante da irreversibilidade do quadro médico, eu seja levado para minha casa a fim de que desfrute dos últimos momentos de vida junto com a minha família e no meu lar.

**V – DIRETRIZES PARA A EQUIPE DE SAÚDE QUE ME ATENDERÁ**

V.1 Durante a feitura deste documento fui orientado pelo meu médico de confiança, Dr. \_\_\_\_\_, portador do CRM nº \_\_\_\_\_, que me instruiu acerca dos termos técnicos aqui escritos, bem como das consequências de todos os procedimentos aos quais estou me recusando.

V. 2 Esse documento autoriza a suspensão ou não realização de procedimentos apenas quando dois médicos atestarem a irreversibilidade da condição de terminalidade, de demência avançada ou de estado vegetativo.

## Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro

V.3 Este documento foi feito por uma pessoa em pleno gozo de sua capacidade civil que, de acordo com as leis brasileiras e a Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, tem a faculdade de recusar procedimentos médicos que tenham a finalidade apenas de prolongar a vida biológica, sem garantir-lhe qualidade de vida.

V.4 Se algum membro da equipe se utilizar de seu direito à objeção de consciência e, portanto, não puder cumprir as disposições aqui previstas por razão moral ou religiosa, vocês devem me encaminhar para outro profissional a fim de que minha vontade seja cumprida.

### VI – REVOGAÇÃO

Tenho ciência de que posso revogar essa diretiva antecipada de vontade a qualquer tempo, fazendo uma nova diretiva ou apenas uma declaração de vontade revocatória. Em ambos os casos, posso revogar minhas decisões sobre o fim de vida e/ou a nomeação do(s) procurador(es) para cuidados de saúde no fim de vida.

Cidade, data completa

---

---

Assinatura do outorgante

---

Assinatura do procurador principal

---

Assinatura do procurador substituto 1

---

Assinatura do procurador substituto

Prepared By:

[REDACTED]

Grantor:

[REDACTED]

Attorney-in-Fact:

[REDACTED]

Alternate Attorney-in-Fact:

[REDACTED]

**DURABLE POWER OF ATTORNEY  
REGARDING HEALTH CARE**

1. **Designation.** The undersigned, [REDACTED] ("Principal"), designates [REDACTED] as my Attorney-in-Fact to make health care decisions authorized in this document.

1.1 **Alternate Attorney-in-Fact.** In the event that the named Attorney-in-Fact is not available or becomes ineligible to act as my Attorney-in-Fact to make health care decisions for me or loses the mental capacity to make health care decisions for me, or if I revoke that person's appointment or authority to act as my Attorney-in-Fact to make health care decisions for me, then I designate and appoint [REDACTED] to serve as my Attorney-in-Fact with all the powers stated in this document.

For the purposes of this document, "health care decision" means consent, refusal of consent or withdrawal of consent in any care, treatment, service or procedure to maintain, diagnose or treat my physical or mental condition.

2. **General Statement of Authority Granted.** Subject to any limitation in this document, I hereby grant to my Attorney-in-Fact full authority to make health care decisions for me to the same extent that I could make such decisions for myself if I had the capacity to do so, including decisions to provide, withhold or withdraw artificial nutrition and hydration, and all other forms of health care to keep me alive.

2.1 **Restriction on Consent.** The Attorney-in-Fact may not involuntarily commit me for mental-health treatment, observation or evaluation, consent to therapy or other procedure which induces convulsion, surgery solely for the purpose of psychosurgery or other psychiatric or mental-health procedure that restricts physical freedom of movement, except with

prior court approval. Also, life-sustaining treatment may not be withdrawn or withheld from me if I object thereto, notwithstanding any provision to the contrary contained in this document.

2.2 **Attorney-in-Fact's Obligation.** In making decisions, my Attorney-in-Fact shall attempt to discuss the proposed decision with me to determine my desires if I am able to communicate in any way. If my Attorney-in-Fact cannot determine the choice I would want made, my Attorney-in-Fact shall make health care decisions that are consistent with my desires as stated in this document or otherwise made known to my Attorney-in-Fact including, but not limited to, my desires concerning obtaining or refusing or withdrawing life-prolonging care, treatment, services and procedures.

3. **When Attorney-in-Fact's Authority Becomes Effective.** My Attorney-in-Fact's authority becomes effective immediately for the purposes described in Paragraph 9 ("Inspection and Disclosure of Information Relating to My Physical or Mental Health"), Paragraph 10 ("Release of Medical Information Under 45 CFR 164.502(g)"), and Paragraph 11 ("Access to Medical Records and Other Protected Health Information"). For all other purposes, my Attorney-in-Fact's authority becomes effective when my primary physician determines that I am unable to make my own health care decisions.

4. **End-of-Life Decisions.** I direct that my health care provider and others involved in my care provide, withhold or withdraw treatment in accordance with my choices. I do not want my life to be prolonged if:

4.1 I have an incurable and irreversible condition that will result in my death within a relatively short time,

4.2 I become unconscious and, to a reasonable degree of medical certainty, I will not regain consciousness,

4.3 The likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits, or

4.4 I have irreversible dementia such that I lack capacity, meaning that I fail to recognize family members or friends and am unable to comprehend most of what I hear or read, or I am unable to relate meaningfully to other people.

However, I direct my Attorney-in-Fact to consider the tax consequences of my death before withholding or withdrawing life-sustaining procedures.

5. **Artificial Nutrition and Hydration.** I direct that artificial nutrition and hydration must be provided, withheld or withdrawn in accordance with my Health Care Directive.

6. **Relief From Pain.** I direct that treatment for all alleviation of pain, discomfort or anxiety be provided at all times, even if such pain relief treatment hastens my death or modifies my vital signs or I become addicted to pain medication.

7. **Power to Maintain Me in My Residence.** My Attorney-in-Fact is authorized to take whatever steps are necessary or advisable to enable me to remain in my personal residence as long as it is economically feasible and reasonable under the circumstances. I realize that my health may deteriorate so that it becomes necessary to have round-the-clock nursing care if I am to remain in my personal residence, and I direct my Attorney-in-Fact to obtain such care (including any equipment that might assist in such care) as is reasonable under the circumstances. I do not want to be hospitalized or put in a convalescent or similar home as long as it is reasonable to maintain me in my personal residence.

8. **Statement of Desires, Special Provisions and Limitations.** My Attorney-in-Fact is authorized to give, withhold, withdraw or modify consent to any and all medical, dental, nursing and hospital care and treatment, either preventive or corrective, including major surgery and long-term care deemed necessary by a duly licensed physician or dentist for my health and well being at a hospital or other licensed health care or residential facility, to include short- and long-term treatment facilities, convalescent centers and care homes.

9. **Inspection and Disclosure of Information Relating to My Physical or Mental Health.** Subject to any limitations in this document, my Attorney-in-Fact has the power and authority to do all of the following:

9.1 Request, review and receive any information, oral or written, regarding my physical or mental health including, but not limited to, medical and hospital records.

9.2 Execute on my behalf any releases or other documents that may be required in order to obtain this information.

9.3 Consent to the disclosure of this information.

10. **Release of Medical Information Under 45 CFR 164.502(g).** The Attorney-in-Fact named in this document is hereby designated as my "Personal Representative" as defined by 45 CFR 164.502(g), commonly known as the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"). This individual is to have the same access to my health care and treatment information as I would have if I were able to act for myself. My Attorney-in-Fact and Personal Representative named herein is also authorized to take any and all legal steps necessary to ensure his or her access to information including but not limited to resorting to legal process, if necessary, to enforce my rights under the law, and shall further be authorized to attempt to recover attorney's fees as authorized by Washington law in enforcing my rights.

11. **Access to Medical Records and Other Protected Health Information.** I hereby authorize all physicians and psychiatrists who have treated me, and all other providers of health care, including hospitals, to release to my Attorney-in-Fact, and any other successor Attorney-in-Fact, any and all "Protected Health Information" (as defined in 45 CFR §164.501) and all other information contained in my medical records, or otherwise, which my Attorney-in-Fact may request. I hereby waive all privileges attached to the physician-patient relationship, and to any communication, oral or written, arising out of such a relationship. I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by my Attorney-in-Fact and therefore no longer protected by 45 CFR §164.508, *et seq.* My Attorney-in-Fact is authorized to request, receive and review any information, oral or written, pertaining to my physical or mental health, including medical and hospital records, and to execute any releases, waivers or other documents that may be required in order to obtain such information, and to disclose such information to such persons, organizations and health care providers as my Attorney-in-Fact may designate. For purposes of 45 CFR §164.508, my Attorney-in-Fact shall also be known as my Personal Representative. A copy of this authorization shall be considered as effective as is the original, and the expiration date hereof is the date three (3) years after the date of my death.

  
(Initial)

12. **Signing Documents, Waivers and Releases.** Where necessary to implement the health care decisions that my Attorney-in-Fact is authorized by this document to make, my Attorney-in-Fact has the power and authority to execute on my behalf all of the following:

12.1 Any necessary form to approve or disapprove diagnostic tests, surgical procedures, programs or medications, and orders not to resuscitate.

12.2 Documents titled or purporting to be a "Refusal to Permit Treatment" and "Leaving Hospital Against Medical Advice."

12.3 Any necessary waiver or release from liability required by a hospital or physician.

13. **Authority to Visit.** My Attorney-in-Fact shall have authority to visit me in any medical, nursing, residential or similar facility, and may authorize other individuals to visit me or ban other individuals from visiting me.

14. **Admission To or Discharge From Health Care Facilities.** My Attorney-in-Fact shall have the power to authorize my admission to or discharge from any medical, nursing, residential or similar facility and to arrange, contract for, and pay for consultations, diagnosis or services as may be required for my care, without my Attorney-in-Fact incurring any personal financial liability. My Attorney-in-Fact is authorized to employ, compensate and discharge such

medical and professional personnel including doctors, nurses, physical therapists, medical consultants, companions, servants and employees as my Attorney-in-Fact deems appropriate.

15. **Nomination of Guardian.** Unless the Court shall have good cause to not accept this nomination, I nominate my Attorney-in-Fact to be my Guardian and the alternate Attorney-in-Fact as standby Guardian if a Guardian of my person is necessary.

16. **Reliance on Photocopies.** Any person dealing with the Attorney-in-Fact designated hereunder shall have the right to rely on a photocopy of this Durable Power of Attorney Regarding Health Care as if it were the signed, original Durable Power of Attorney Regarding Health Care.

17. **Prior Durable Power of Attorney Regarding Health Care Revoked.** I revoke any prior Durable Power of Attorney Regarding Health Care.

18. **Termination.** This power of attorney may be terminated by:

18.1 The Principal by any oral or written statement made by the Principal to the Attorney-in-Fact, or to the Principal's physician or health-care provider.

18.2 A Guardian of the person of the Principal after court approval of such revocation.

18.3 The death of the Principal and actual knowledge or receipt of written notice of such death by the attorney-in-fact.

18.4 The written resignation of the attorney-in-fact, delivered to the Principal, or if the Principal is mentally incapacitated, to any person responsible for the Principal's care and custody.

19. **Definition.** "Life-sustaining treatment" includes any medical or surgical care that uses artificial means to sustain, restore or replace a vital function which would only postpone the moment of death. Life-sustaining treatment also includes the administration of basic nutrition and hydration, but does not include the administration of medication or the performance of any medical or surgical care deemed necessary solely to alleviate pain or anxiety.

20. **Tissue or Organ Donation.** If any of my tissue or organs are sound and would be of value as transplants to other people, my Attorney-in-Fact shall have the power to authorize such donations. I understand that before any vital organ, tissue or eye may be removed for transplantation, I must be pronounced dead. I understand that my estate will not

